N° ~~35~~ 5

REVUE GÉNÉRALE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

ÉTUDE HISTORIQUE ET CLINIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Mars 1903

PAR

Raoul DARBOUSSE

Né à Cruviers-Lascours (Gard), le 3 septembre 1877

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen
FORGUE ..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS E (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER.	GALAVIELLE	JEANBRAU.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CARRIEU, Professeur, *Président.*	MM. RAYMOND, Agrégé.
GRANEL, Professeur.	RAUZIER, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A qui je suis heureux d'exprimer aujourd'hui ma profonde reconnaissance.

A LA MEILLEURE DES MÈRES

A MA SŒUR

R. Darbousse.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

R. DARBOUSSE.

INTRODUCTION

On a pu dire avec raison de l'entéro-colite muco-membraneuse : « c'est une affection follement fréquente » ; gardez-vous d'en inférer qu'elle doit être parfaitement connue, le sujet renferme encore trop de points obscurs pour qu'une pareille assertion puisse être permise. La lumière est, en effet, loin d'être faite sur tout ce qui touche aux complications de la maladie qui nous occupe, sur tout ce qui a trait à ses formes cliniques, dont les allures si variables provoquent chaque jour des erreurs de diagnostic, sa pathogénie n'est certes pas élucidée en ce moment-ci ; partant, défectueux ou mal dirigés sont trop souvent les moyens thérapeutiques avec lesquels nous luttons contre cet état morbide. Notre incertitude sur tous ces points tient à la difficulté du problème et non au manque de recherches entreprises pour le résoudre. Celles-ci sont au contraire fort nombreuses ainsi que le prouve surabondamment l'historique qui ouvre cette étude. D'aucuns, après l'avoir lu, nous jugeront peut-être un peu présomptueux d'avoir osé nous inscrire au bas de la liste de ceux plus autorisés qui ont étudié l'entéro-colite muco-membraneuse. Qu'il nous soit permis de nous justifier à leurs yeux. En revenant sur le sujet, notre intention n'a pas été d'y apporter beaucoup d'éclaircissement, notre expérience encore au berceau ne nous ne le permettait pas. Que les amateurs de neuf n'espèrent pas en trouver à toutes les pages de ce travail, ils seraient déçus. Ne pouvant être innovateur,

nous nous sommes assigné un rôle beaucoup plus modeste. De nombreux articles sont consacrés aux divers points de la question soit dans certains ouvrages, soit dans quelques périodiques, les publications sur la matière abondent, les comptes rendus des séances de diverses Sociétés savantes reproduisent d'intéressantes discussions qu'elle a fait naître. Dans cette pléthore de documents nous avons essayé de choisir les meilleurs et d'en extraire les richesses, afin de présenter, après un aperçu historique, une vue d'ensemble de l'entéro-colite muco-membraneuse conforme aux travaux antérieurs et à l'état actuel de la science. C'est là le but que nous avons poursuivi dans cette thèse inaugurale, puissions-nous l'avoir atteint sans nous montrer trop au-dessous de notre tâche!

Nous avons adopté dans ce travail de mise au point la division que voici :

1° Dans le premier chapitre, consacré à l'*Historique*, nous nous sommes attaché à montrer par quelles phases a successivement passé l'étude de la maladie depuis le XVIIe siècle jusqu'à nos jours ;

2° La *symptomatologie* de l'affection fait l'objet du deuxième : la constipation, la fausse-diarrhée et la diarrhée, la question des muco-membranes et celle des douleurs, les signes physiques, y sont étudiés avec tous les détails que semble devoir justifier leur importance ;

3° Le troisième a trait aux *complications ;* nous les décrivons en passant successivement en revue ce qu'on peut rencontrer à ce propos du côté de chaque appareil et de chaque organe en particulier, de la peau et de l'état général ;

4° Nous examinons ensuite comment s'assemblent les symptômes chez l'adulte d'abord, chez l'enfant ensuite, pour constituer des *Formes cliniques* distinctes ;

5° Suivent quelques lignes sur le *Pronostic ;*

6° Le *Diagnostic* retient plus longtemps notre attention ;

nous indiquons comment on peut différencier des corps qui leur ressemblent les concrétions expulsées dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, comment on arrive à séparer cette affection de celles qui la simulent, comment il faut quelquefois aller dépister derrière des troubles divers d'une importance relative, quoique très apparents, des désordres intestinaux essentiels, mais plus discrets;

7° Après ce, nous exposons le peu que l'on sait aujourd'hui sur l'*Anatomie Pathologique* de la maladie;

8° Sous le titre *Etiologie Pathogénie*, après avoir indiqué quelle est la fréquence de l'affection, quelles personnes, quels âges, quel sexe elle frappe de préférence, nous énumérons les antécédents héréditaires et personnels qu'on relève habituellement chez ceux qu'elle atteint, nous examinons, enfin, les différentes théories qui se proposent d'expliquer son développement;

9° Le *traitement* constitue, cela va sans dire, une des parties les plus importantes de la question, aussi lui accordons-nous une large place dans les dernières pages de notre travail, où nous envisageons et la thérapeutique à opposer aux formes de l'adulte et les moyens de lutter contre celles de l'enfant;

10° Avant de terminer, nous reproduisons quelques *observations*, personnelles ou autres, prises parmi les plus intéressantes que nous avons pu nous procurer sur l'entéro-colite muco-membraneuse;

11° Enfin, dans notre *Conclusion*, nous essayons de dégager de notre étude les points principaux qu'elle peut contenir.

Je ne veux aborder ce programme qu'après m'être acquitté de certaines dettes de reconnaissance contractées dans le cours de mes études médicales.

Que tous mes Maîtres reçoivent mes bien sincères remerciements pour la profitable instruction que j'ai reçue d'eux.

M. le professeur Carrieu me permettra de lui témoigner d'une façon plus particulière mon inaltérable gratitude. Le précieux enseignement qu'il m'a donné au lit du malade, les conseils autorisés qu'il n'a cessé de me prodiguer avec beaucoup de sollicitude, l'affection si vive qu'il a toujours eue pour moi, lui ont acquis tout mon dévouement. Naguère il m'a donné une nouvelle preuve de sa bonté en me conseillant le sujet de cette thèse, aujourd'hui il me fait l'honneur d'en accepter la présidence : c'est donc pour moi non seulement un plaisir, mais aussi un devoir d'offrir à ce Maître aimé l'hommage de ce travail comme gage de mon respectueux attachement.

La grande bienveillance et la profonde sympathie dont M. le professeur Granel a constamment fait preuve à mon égard m'ont inspiré pour lui une entière reconnaissance ; je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de lui exprimer ce sentiment.

La joie d'avoir atteint le but poursuivi n'efface pas le regret que j'éprouve à quitter la Faculté de médecine de Montpellier. Le souvenir de magistrales leçons et d'excellents camarades ramènera certainement bien des fois ma pensée en arrière, vers les heureuses années que j'y ai vécues.

REVUE GÉNÉRALE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

ÉTUDE HISTORIQUE ET CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il suffit de parcourir la littérature médicale des siècles derniers pour se convaincre que l'entéro-colite muco-membraneuse fut, nous ne dirons pas connue (elle ne l'est pas encore parfaitement), mais soupçonnée par des auteurs déjà fort éloignés de nous. Quelques vieux documents même, renferment des observations assez précises pour prouver que, parmi nos plus anciens prédécesseurs en la matière, certains ne manquaient pas de données assez nettes sur cette maladie. Qu'on en juge plutôt par ces quelques lignes de Fernel, écrites en 1638 :

« Un certain Ambassadeur de l'empereur Charles le cinquiesme estoit tourmenté d'une douleur, et avoit une tumeur qui s'estendoit de l'hypochondre droit par le bas du ventricule, vers l'hypochondre gauche. Après que durant six

années entières on luy eut appliqué toutes sortes de remèdes comme pour ramollir un scirrhe, on luy donna finalement un clystère fort acre, qui destacha et fist sortir une certaine chose dure et ferme, percée par le milieu, de la longueur d'un pied, que le malade croyoit estre une partie de l'intestin. Mais comme on vid qu'il en avoit soudain receu de l'allègement apres en avoir consulté, on luy donna un second et troisiesme lavement, et ayant tiré derechef une matière semblable, il fust aussitost remis en sa première santé.

Uu autre personnage fut atteint d'un mal pareil mais plus fascheux, qui luy arresta le ventre entièrement; lequel finalement trépassa ayant le ventre desmesurement enflé : on luy trouva l'intestin colon tellement farcy de pituite coagulée qu'il sembloit estre tout solide, et ne permettoit qu'il passast aucune matière fécale dans le fondement [1].»

J. M. Hoffmann, en 1704, après avoir attentivement examiné des matières qu'une femme venait d'expulser et que certaines personnes considéraient comme une partie de l'intestin, reconnaît qu'elles sont constituées par un mucus fort visqueux qui s'est formé au-dessus des valvules conniventes et condensé sous l'apparence d'une membrane.

Van Swieten dans ses *Commentaria in Hermanni Boerhaave aphorismos de cognoscendis et curandis morbis* (1747) rapporte les deux observations de Fernel reproduites plus haut et étudie l'affection sous le nom de *diarrhée glutineuse.*

La trente et unième lettre sur les flux sanglants et non sanglants du ventre du *De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis* de Morgagni (1761) mentionne la présence, dans certains cas, de dépôts glaireux dans l'intestin, dépôts expulsés à la suite de violentes contractions sous forme de rubans et de membranes.

[1] La Pathologie de Jean Fernel. Traduction Paris, par A. D. M., 1655 de Fernel: Pathol., lib. VI, cap. IX, 1638.

Gabucinus, Plater, Sennert, Lancisi pensent que « certains tœnias de l'intestin ne sont pas des vers.»

Zollicoffer, Bontius, Sylvius, Burrows, Treyling émettent sur la nature des fausses membranes excrétées des hypothèses plus ou moins rapprochées de la vérité.

Willermè, dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (1819), raconte qu'il a vu rendre ces concrétions en grande quantité.

Powell, en 1820, appelle la maladie *affection douloureuse de l'intestin*, Good en 1825 la dénomme *diarrhée tubulaire*.

Quelques années plus tard (1855), Copland et Christian reviennent sur la question mais n'y apportent pas grand éclaircissement.

A l'exemple de Billard (1833), Valleix (1837 et 1838) semble avoir confondu les pseudo-membranes avec le muguet.

En 1841, Gendrin reconnaît la véritable nature de ces productions. « Le mucus, dit-il, déposé et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro-intestinale, acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse qui sont excrétées avec les selles et que l'on rencontre dans les intestins après la mort » [1].

Hayn (1843) publie le premier mémoire spécial sur la maladie qu'il a observée non seulement chez des individus indemnes de toute névrose, mais aussi et surtout chez des femmes hystériques.

Roche (1844), contemporain de Bretonneau, à l'inverse de Gendrin, regarde à tort l'entérite à fausses membranes comme d'origine diphtérique.

Pigné (1845), Rillet et Barthez (1853), Broca (1854), Hutchinson (1857), Trousseau (1857), étudient à leur tour

[1] Gendrin ; Traité philosophique de médecine pratique, 1841. T. III.

l'affection, le dernier dans ses remarquables *Leçons sur les dyspepsies*.

En 1857, Potain divise les concrétions en deux classes d'après leur aspect microscopique : 1° Les mucosités gélatiniformes peu cohérentes, 2° les pseudo-membranes en rubans ou en tubes, comparables aux produits de l'expectoration des malades atteints de bronchite pseudo-membraneuse.

Clémens, en 1860, propose le terme de *croup intestinal* pour désigner la maladie à fausses membranes intestinales des enfants n'accompagnant pas un état pathologique des voies respiratoires. Cette dénomination n'a plus de raison d'être du jour où Laboulbène (1861) établit définitivement que les membranes expulsées n'ont rien de commun avec les productions d'aspect analogue de la diphtérie et du muguet. Ce dernier auteur pense qu'il y a lieu de distinguer parmi les concrétions muqueuses que l'on retrouve dans les selles : 1° les pseudo-membranes simples non diphtériques, 2° les mucosités intestinales colloïdes et les concrétions gélatiniformes exclusivement composées de mucus plus ou moins concret.

Citons, en 1862, les études de Barrier, Grisolle, Cruveilher, en 1863 celles de Wannebroucq et de Worms.

A peu près à la même époque, Perroud (1864) voit dans la production des accidents l'effet d'une névrose spéciale de l'intestin déterminée par la constipation, Williams (1864) et James Simpson estiment qu'il faut faire intervenir ici l'herpétisme et que l'affection ne serait autre chose qu'une inflammation éruptive de la muqueuse intestinale « analogue aux granulations que l'on rencontre quelquefois sur le pharynx et aux ulcères aphteux des gencives et de la face interne des joues. » [1]

[1] Williams. — Chronic inflammation of the intestinal mucous membrane. Dublin journal of med. scienc, nov. 1864.

Nous ne saurions omettre, parmi ceux qui ont apporté à ce moment quelque lumière sur le sujet, Langlet en 1867, en 1868 Jules Guyot, Laborde, Merlan de Chaillé qui affirme avoir remarqué la contagiosité des accidents, Siredey qui considère la maladie comme le résultat d'une trophonévrose sécrétoire (remarquons en passant que cette hypothèse se rapproche de celle de Perroud), en 1869, De Courval qui invoque, à l'instar de Williams et Simpson, l'herpétisme, Bjoernstroem, Klebs. Deux ans après (1871), Witehead publie une description des plus complètes de ce qu'il appelle *l'affection muqueuse de l'intestin*, Da Costa une étude très intéressante sur ce qu'il nomme l'*entérite membraneuse*.

A signaler, en 1873, un article de Van Valzah, une communication à l'Académie de Médecine de Laboulbène.

Nonat (1874) montre le premier la coexistence des selles glaireuses et des affections utérines et péri-utérines et dit que les unes sont un symptôme de voisinage des autres. Nous lui devons un des multiples qualificatifs créés pour désigner la maladie : celui d'*entérite glaireuse*. La même année, une première communication est faite à la Société anatomique par Maurice Raynaud, une seconde au Congrès de Lille par Wannebroucq. Ce dernier auteur fait de la maladie une inflammation profonde, comprenant toute l'épaisseur de l'intestin et pouvant aller jusqu'à l'ulcération. Aussi la dénomme-t-il *entérite interstitielle*. De plus il incrimine non seulement les inflammations utérines comme pouvant l'engendrer, mais aussi toutes les phlegmasies voisines du tube digestif et capables de le contaminer : phlegmons du ligament large, abcès de la fosse iliaque, périty phlite, périnéphrite, péritonite circonscrite.

Dès 1874 et 1876, Marquez et Biaggi signalent les rapports de la lithiase intestinale avec l'affection qui nous occupe, vers cette époque (1875) paraît l'histoire de trois cas

publiés par FINDLEY. Celui-ci note, en outre, que l'émission de matières glaireuses par l'anus coïncide souvent avec la dysménorrhée membraneuse. Cette même année 1875, LEREBOULLET publie un mémoire dans lequel il considère la coprostase comme susceptible de déterminer une entérite superficielle qui peut devenir chronique, GOURDON et POIGNARD présentent l'un et l'autre devant la Faculté de Paris leur thèse sur le sujet qui est abordé à ce moment à la Société Anatomique par LAGET. Un peu plus tard, la question est reprise par HUCHARD (1879), et GERMAIN SÉE (1881) lui consacre un chapitre entier de son *Traité des dyspepsies gastro-intestinales*. Le savant professeur distingue trois types de concrétions intestinales : 1° le type amorphe, 2° le type membraneux ; 3° le type mucilo-gélatineux. Constatant l'absence de fibrine dans les fausses membranes évacuées, il rejette l'idée d'inflammation et explique la maladie par une atonie intestinale, dépendant de troubles vaso-moteurs locaux. Il ne croit pas à l'influence d'une névrose et insiste sur l'inefficacité d'un traitement général. Il emploie les expressions de *atonie intestinale avec sécrétion mucilagineuse concrescible*, *entérite muco-membraneuse* pour désigner l'entité morbide en question, Goss (même année) se sert du terme *affection membraneuse de l'intestin*, plus simple mais moins exact. BRANDT (1882), THÉVENOT (1883) écrivent eux aussi sur la matière. Dans son *Traité de l'Herpétisme*, LANCEREAUX (1883) fait jouer comme cause un rôle à l'herpétisme tout en reconnaissant « que des concrétions muco-membraneuses peuvent se rencontrer dans plusieurs autres circonstances et en particulier dans des inflammations superficielles primitives ou secondaires de la muqueuse intestinale [1] ». La thèse d'IZOARD (Paris 1883) est certainement une des plus

[1] Lancereaux ; Traité de l'Herpétisme 1883.

documentées qui aient été soutenues sur l'Entérite à fausses membranes. La question est reprise en 1884 par Boardmann et Doe, en 1885 par Boyd. Potain, qui présentait quelques années avant à la Société Anatomique des matières mucoso-gélatiniformes trouvées dans les selles d'une jeune fille hystérique, en 1887 appelle à nouveau l'attention sur la maladie dans une de ses leçons cliniques. Pour lui, l'affection doit être rattachée à la neurasthénie. Nous citerons encore (1888) les noms de Mercier, Edwards.

La dernière période, toute moderne, de l'histoire de l'entéro-colite muco-membraneuse abonde en travaux de toutes sortes. Chaque année voit surgir une véritable floraison de mémoires, communications, articles, observations, leçons cliniques sur la matière. La question de la lithiase intestinale, celle des rapports de l'entéro-colite avec l'appendicite, la pathogénie de la maladie, soulèvent tous les jours de nombreuses discussions, provoquent l'apparition d'innombrables écrits.

A. Mathieu rapporte en 1896, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, deux cas de sable intestinal et met en évidence ce fait que les deux malades étaient atteints d'entérite muco-membraneuse. La même année, Oddo, Mongour, relèvent cette coïncidence dans des exemples qu'ils citent ; Fontet fait une thèse sur la Lithiase intestinale. Jones en janvier 1897 note, lui aussi, l'existence simultanée des deux affections, mais l'attention ne se porte sur ce phénomène qu'en mars de cette même année. A cette époque, Dieulafoy présente à l'Académie de médecine un mémoire sur *La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin*. Plusieurs séances de cette société sont consacrées à la discussion du sujet. A l'inverse de Mathieu, qui pense que la lithiase est d'origine inflammatoire et que la colite en est le facteur obligé, opinion qui a fait beaucoup d'adeptes d'ailleurs, Dieulafoy avec

d'autres la rattache à l'arthritisme et fait observer qu'on la voit alterner avec les manifestations de cette diathèse.

Dans une autre communication à l'Académie de Médecine (9 mars 1897), ainsi que dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, Dieulafoy essaie de mettre en relief ce fait que les nombreux malades qui ont de l'*entéro-typhlo-colite glaireuse, membraneuse ou sableuse* (c'est ainsi qu'il appelle l'affection) « sont si rarement atteints d'appendicite que ceci prouve que l'appendicite n'est ni la conséquence, ni l'aboutissant des entéro-colites[1] ». A l'appui de sa thèse Dieulafoy fait observer que les auteurs qui se sont le plus occupés de la question, ne mentionnent dans leurs travaux aucune complication de ce genre. Il cite Comby, Letcheff, Bottentuit (de Plombières), etc.... Potain à l'Académie de Médecine, Routier à la Société de chirurgie défendent l'opinion de Dieulafoy. Glenard admet que la colite et l'appendicite peuvent s'observer chez le même malade, mais il considère cette association comme une simple coïncidence. En 1900, au Congrès international des Sciences médicales, Ewald adopte des conclusions analogues à celles de Dieulafoy. Duguet, Berger, Hirtz, Hudelo, etc.... ne pensent pas différemment. Les partisans de l'avis opposé sont non moins convaincus. Dès le début de la controverse plusieurs cas d'appendicite survenus chez des personnes affectées de colite sont rapportés à l'Académie de Médecine par Reclus, qui se met à la tête de ceux qui croient l'entéro-colite capable d'occasionner une complication du côté de l'appendice, par Laveran, Lucas-Championnière, Poncet ; à la Société de chirurgie par Walther, Brun, Jalaguier, Broca, Tuffier ; à la Société médicale des Hôpitaux par Mathieu, Talamon, Le Gendre, Siredey. Au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de

[1] Dieulafoy ; Manuel de Pathologie interne, 13e édition, 1901, tome II.

pédiatrie de Marseille (1898), Guinon et Challan de Belleval se rangent dans le même camp. Albert Robin croit qu'à l'origine de la colite muco-membraneuse d'une part, et de l'appendicite de l'autre, on trouve une certaine variété de dyspepsie, il pense qu'en traitant convenablement cette dernière on évitera le plus souvent de fâcheuses conséquences. Vorbe en 1898, Beurnier et Gaston Lyon en 1900, citent des cas de colite pendant lesquels on a vu l'appendicite se déclarer, Felix Bernard (de Plombières) cherche en 1902 par une statistique personnelle à appuyer cette assertion qu'il existe un rapport de cause à effet entre la maladie intestinale et l'affection appendiculaire.

Beaucoup de théories prétendent expliquer la pathogénie encore si obscure de l'entérite muco membraneuse. Albert Robin incrimine l'hypersthénie gastrique (qui correspond à l'hyperchlorhydrie dans sa classification) ; elle entraînerait la paralysie intestinale et la coprostase. Glénard fait de la maladie une conséquence de l'entéroptose. Certains auteurs, revenant sur les idées déjà émises à ce sujet par Nonat, Wannebroucq, Findley, Schrœder, Schultz, Martin, R. Barnes, cherchent à établir l'existence de relations entre l'entéro-colite et les affections utéro-annexielles. Citons parmi eux Monod, Ozenne, Fournel, Legendre, Letcheff, H. Morau, Hugo Panster, Tédenat, Jean Bouissou, Henry Reynes, etc.... Finkestein et Thiercelin ont même pensé à la possibilité d'une infection primitive. D autres, et parmi eux, Germain Sée, Simon, Mathieu, Malibran (de Plombières), De Langenhagen (de Plombières), font jouer un très grand rôle à l'atonie intestinale, qui tiendrait sous sa dépendance la constipation permanente, puis l'irritation du côlon et l'hypersécrétion de ses glandes. En Allemagne, Litten, Guttmann, Ewald, admettent l'importance de l'atonie intesti-

nale, mais ils rattachent celle-ci à des troubles cérébro-spinaux, à l'inverse de Germain Sée, qui la fait dépendre de troubles vaso-moteurs locaux.

Nous citerons encore parmi ceux qui ont tout récemment apporté leur part de labeur à l'étude de la maladie qui nous intéresse : Charrin, Cohen, Rothmann, Butler, Kilbourne, Jones, Mendelson, Benigni, Calmels, Geoffroy, Doumer, Brocchi (de Plombières), Boinet, Mazeran, Héraud, etc...

Nous possédons aujourd'hui de bonnes revues générales sur la question, celles de Mérigot de Treigny, de Richardière, par exemple, une excellente monographie de Gaston Lyon.

Disons, enfin, que les médecins de Plombières (nous avons eu à en citer quelques-uns au cours de ce chapitre) contribuent actuellement beaucoup par leurs publications à jeter la lumière sur certains points en litige de l'affection.

Ici, nous terminons cet aperçu historique. Nous ne doutons pas qu'il présente de nombreuses lacunes, mais ceux qui ont traité le sujet sont trop, nous ne pouvions les citer tous. Ce grand nombre d'auteurs, joint à la complexité du problème qu'ils se sont attachés à résoudre, nous permet de n'être pas étonné de la diversité des vues cliniques et souvent pathogéniques qu'il a suscitées. Une preuve de ces divergences nous est fournie par la multiplicité des dénominations proposées pour désigner cet état pathologique. A celles déjà énumérées, ajoutons pour être plus complet les suivantes : *Diarrhée fibrineuse* (Granthan's), *Herpétide exfoliatrice* (Gigot-Suard), *Colique muqueuse* (Nothnagel), *Dysenterie du côlon transverse* (Lasègue). Beaucoup emploient aujourd'hui le terme : *Entéro-colite muco-membraneuse*, c'est celui que nous avons adopté à notre tour, il nous paraît bien répondre à la nature des productions intestinales ordinairement observées dans cet état morbide.

Nous estimons qu'à la fin de ce chapitre et avant d'abor-

der la symptomatologie, il y a lieu de donner une définition de l'entéro-colite muco-membraneuse.

On désigne, sous ce nom, une maladie caractérisée par le rejet dans les selles soit de glaires, soit de fausses membranes de formes très variables, composées les unes et les autres presque exclusivement de mucus.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Si une personne vient se plaindre à nous soit d'une constipation opiniâtre existant seule ou alternant avec des débâcles, soit d'une diarrhée permanente, si en même temps elle raconte qu'elle a constaté dans ses selles la présence isolée ou simultanée d'une substance anormale qu'elle compare à « du blanc d'œuf cru » à « de la morve » et de corps particuliers qu'elle appelle « des peaux », si elle ajoute enfin qu'elle éprouve des douleurs habituelles ou des accès douloureux plus ou mois espacés, nous sommes en droit de songer à l'existence, chez elle, d'une entéro-colite muco-membraneuse. Il y a toutes chances pour que notre client soit atteint de cette maladie d'une désespérante ténacité.

A côté de ces renseignements, précieux au premier chef fournis par le malade lui-même, il est des signes importants sans doute, insuffisants toutefois pour permettre à eux seuls un diagnostic, et qu'il nous appartient de rechercher par un examen attentif de l'abdomen du patient.

Abordons tout de suite l'étude détaillée de ces divers symptômes :

I. **Symptômes fondamentaux.** — 1° Constipation, fausse-diarrhée, diarrhée. — La constipation commence, en général, et elle le fait quelquefois bien avant qu'apparaissent les

autres manifestations de l'état morbide. Certains malades même la font remonter à leur enfance. Habituelle chez beaucoup, elle est aussi très opiniâtre. Il n'est pas rare de voir des personnes atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse, rester des jours entiers sans se présenter à la garde-robe : elles n'en éprouvent pas le besoin. On a cité le cas d'une jeune fille de 13 ans qui n'allait du corps qu'une fois par mois, le jour de sortie de son pensionnat. D'autres font de temps en temps des efforts stériles, mais cela simplement parce qu'ils sont convaincus qu'une exonération intestinale quotidienne est nécessaire, rien autre ne les y pousse. Certains obtiennent un demi-succès : ils rendent spontanément quelques matières, mais celles-ci sont en quantité insuffisante, il reste toujours dans l'intestin un contenu notable. Pour se débarrasser de leurs selles, des malades usent *larga manu* des purgatifs et des lavements, « aux repas ils choisissent les mets les plus rafraîchissants »[1], mais ces moyens finissent à la longue par n'être plus efficaces ; bien plus, quelques-uns, les purgatifs salins par exemple, produisent par l'abus un effet diamétralement opposé à celui attendu d'eux, ils rendent la constipation plus tenace. Que les matières alvines soient expulsées spontanément ou grâce à des moyens factices, elles reproduisent chez les constipés assez bien la forme des godets du gros intestin dans lesquels elles se sont moulées pendant un temps plus ou moins long. C'est dire qu'elles sont rondes, ovillées. De plus, elles sont sèches et dures, et il est probable que ces scybales se comportent dans l'intestin comme de véritables corps étrangers, produisant par leur contact intime, leur détachement et leur frottement, une irritation chronique de la dernière partie du tube digestif. C'est du moins là l'opinion de Malibran. Si les

[1] Dieulafoy. Loc. cit.

excréments sont aplatis et rubanés, il faut en conclure, d'après de Langenhagen, que l'S iliaque est rétrécie et réduite au volume d'un cordon, d'après Gaston Lyon que cet aspect particulier ne laisse pas de doute sur l'existence d'un spasme. Les matières fécales anciennes excessivement dures peuvent se diviser en petites écailles. Les scybales sont quelquefois enrobées dans des glaires, enveloppées plus ou moins par des muco-membranes, striées et tachetées de gouttelettes de sang venant d'hémorrhoïdes, fréquentes chez cette catégorie de malades, d'éraillures de la muqueuse rectale produites par le passage d'un bol trop volumineux et trop dur, ou attribuables à une tout autre cause sur laquelle nous reviendrons ailleurs avec quelques détails.

Lorsque la constipation disparaît, une « fausse diarrhée » accompagnée souvent de lientérie s'installe. Au milieu du flux diarrhéique, un examen attentif des déjections permet de constater la présence de fragments de matières fécales durcis. Il est donc facile, avec un peu d'attention, de ne pas conclure à une diarrhée qui n'existe pas, de reconnaître une constipation qui est. Grâce à un traitement approprié, on verra ces fausses diarrhées s'éclipser devant la constipation vraie qui s'installera à nouveau pour un temps. Le cycle recommencera ainsi.

Signalons des cas très rares sur lesquels de Langenhagen vient d'attirer tout récemment l'attention [1], cas remarquables en ce que la constipation est remplacée par une diarrhée permanente et préexistant aux autres symptômes de la maladie. Il ne s'agit pas ici d'une de ces fausses diarrhées dont nous venons de parler, les excréments n'en ont pas les caractères ; il n'est pas non plus question de l'entérite chronique simple avec diarrhée habituelle, il s'agit d'une forme

De Langenhagen. — *Presse médicale*, 11 mai 1901. N° 38.

de l'entéro-colite muco-membraneuse dans laquelle les matières franchement diarrhéiques contiennent des muco-membranes abondantes. D'ailleurs, la présence des autres symptômes de la maladie qui nous occupe ne laisse aucun doute au sujet de l'existence de cette dernière.

En somme, tous « ces malades n'ont jamais leur équilibre intestinal »[1] ; à côté d'eux pourtant, il en est qui ne voient apparaître la constipation que pendant les poussées paroxystiques. Entre celles-ci il n'y a rien d'anormal à signaler dans l'émission des fèces et leur consistance.

2° Présence de muco-membranes dans les selles. — On peut dire que c'est là un signe pathognomonique. Seul le malade atteint d'entéro colite muco membraneuse trouve au fond de son vase ce que Lasègue appelle « l'expectoration intestinale » : écume, masses vitreuses et glaireuses, mucosités pelotonnées, tubes et cylindres, matières rubanées, fragments polymorphes, dont certains ressemblent aux produits de la bronchite pseudo-membraneuse. Toutes ces concrétions d'aspect si divers peuvent être ramenées à deux types principaux : le type amorphe et le type membraniforme. Les glaires qui caractérisent le premier et les fausses membranes qui appartiennent au second, sont les unes et les autres formées d'une même substance fondamentale qui n'est autre chose, ainsi que nous le verrons au chapitre *anatomie pathologique*, que du mucus. Ces deux états différents d'une même matière sont dus à son plus ou moins long séjour dans l'intestin : le mucus rejeté aussitôt après sa production se montre transparent comme du blanc d'œuf, s'il tarde à être expulsé, il revêt toutes les apparences membraniformes que nous signalerons.

[1] De Langenhagen. — *Semaine médicale*, janvier 1898. N° 1.

(a) *Type amorphe.* — Une mousse blanchâtre ou sanguinolente, une gelée colloïde analogue à l'albumine de l'œuf cru, des concrétions roulées en boules grisâtres de la grosseur d'une noisette, d'une noix, le constituent.

b). *Type membraniforme.* — Ce groupe comprend des produits d'aspect variable plus organisés que ceux de la catégorie précédente. L'intestin étant tapissé par une fausse membrane, si celle-ci se détache en bloc et est rendue intacte, on trouve au milieu des matières alvines un tube qui reproduit si bien les plis et les contours de la muqueuse intestinale que les malades croient avoir expulsé une partie de cette muqueuse. La longueur de ce tube est des plus variables, elle oscille entre quelques centimètres et plus d'un mètre : un de ces lambeaux, présenté à la Société Anatomique par Maurice Reynaud, mesurait un mètre de long ; Wannebroucq a vu une bandelette cylindrique résistante atteindre un mètre vingt. Le calibre de ces cylindres creux est égal ou inférieur à celui de l'intestin. Pour expliquer ce plus petit diamètre, Debove avance que le mucus doit se rétracter après avoir quitté la face interne de la paroi intestinale, Mathieu que ces tubes à petite section se sont formés dans un segment de l'intestin en état de spasme. En général, les cylindres creux ne restent pas intacts, ils se fragmentent. De cette division résultent des rubans plats pouvant en imposer pour des anneaux de tœnias, de longues lanières pleines semblables à des ascarides, de petits filaments courts ayant l'apparence d'oxyures. Il suffit de connaître ces causes d'erreur pour éviter les grossières confusions commises à ce sujet. Potain explique l'aspect aplati de certaines de ces concrétions en admettant qu'elles se sont formées le long des bandes qui suivent les côlons et déterminent un relief de la muqueuse du côté de la cavité intestinale, les matières fécales les enlèvent à leur passage.

Les pseudo-membranes sont d'un blanc jaunâtre ou grisâtres, entourées et comme engluées dans du mucus épais. On peut les trouver tachetées et striées de sang qui ne saurait venir d'elles, mêmes puisqu'elles ne contiennent pas de vaisseaux dans leur trame. De leurs deux faces, l'une est en général villeuse et tomenteuse, l'autre est lisse. La première était en rapport avec la muqueuse, la seconde était libre.

Rien de plus variable que la consistance de ces fausses membranes ; les unes sont très difficiles à dissocier, on en trouve d'un peu moins cohérentes, il en est enfin qui se déchirent le plus aisément du monde.

Rien de plus variable aussi que la quantité de ces produits évacués en une seule fois : Lereboullet cite un cas dans lequel les fèces, constituées par de larges membranes blanchâtres, pelotonnées sur elles-mêmes et nageant dans un liquide sanguinolent, remplissaient plus du tiers d'un vase ordinaire. Laboulbène rapporte que le vase de nuit d'un autre malade était littéralement plein de ces concrétions ! D'autres fois au contraire, on n'a trouvé que des filaments en petite quantité, que de vagues débris plus ou moins membraneux, mélangés avec les matières fécales.

Quant à la fréquence des évacuations muco-membraneuses, elle diffère suivant les malades. Le rejet de ces exsudats ne se produit chez certains qu'à intervalles très éloignés et après des coliques d'une très grande intensité. D'autres les expulsent quotidiennement soit seuls, soit enrobant des matières alvines.

3° Douleurs. — Dans le cinquième des cas, elles font défaut. Elles se présentent sous des modalités très diverses ; on peut toutefois les classer en deux catégories ; les douleurs habituelles, les accès ou crises douloureuses.

Les premiers revêtent différentes formes : les malades

les comparent à des coliques, à des mouvements reptoïdes, des tiraillements, des élancements sourds, des brûlures, ou bien il s'agit d'un vague malaise permanent.

Ils localisent différemment ces désagréables sensations : ils indiquent au médecin l'une ou l'autre des fosses iliaques, la gauche surtout, la région périombilicale, le trajet du côlon transverse (barre douloureuse horizontale en haut du ventre), ses angles, quelquefois tout l'abdomen. Certains sujets souffrent constamment ; chez d'autres, les douleurs ne font leur apparition que deux ou trois heures après les repas et semblent relever surtout d'écarts de régime, il en est encore qui sont réveillés la nuit par les souffrances. Qu'une débacle de matières stercorales mêlées de mucosités survienne et l'on verra le plus souvent s'évanouir ces symptômes pénibles. Les ténesmes vésical et ano-rectal ne sont pas rares.

Indépendamment de ces douleurs qui harcèlent les malades avec des caractères si variables, il existe des souffrances d'une intensité autrement grande qui se présentent sous forme de crises paroxystiques et coïncident avec une exacerbation de tous les phénomènes morbides concomitants. Une longue période de constipation non traitée prépare souvent le retour de ces accès terribles, qui se reproduisent plusieurs fois dans la même année, dans le même mois. Chez certaines femmes on les voit réapparaître à chaque époque menstruelle.

Ces crises peuvent se prolonger quelques jours, ne laissant ni trève ni repos au malheureux patient, ou bien elles sont entrecoupées de rémissions de durée variable.

La douleur siège surtout autour de l'ombilic et au niveau des fosses iliaques. Nombreux sont les termes qu'emploient les malades pour traduire ce qu'ils éprouvent alors. Ils comparent leurs sensations «à du feu qui leur ronge les intestins; ils disent qu'ils sentent l'intestin à vif ; qu'il est comme

une râpe ; ou bien ils s'écrient que leur ventre va éclater ; l'une d'elles disait qu'il lui semblait que toute l'enveloppe du ventre était en feu. Cette patiente traduisait exactement ses sensations, car il y a ordinairement dans ces cas des phénomènes bien nets de péritonisme avec pâleur de la face, petitesse du pouls, aspect grippé des traits, rétraction des ailes du nez etc... [1]». Nul aliment ne peut être toléré. Ajoutez à cela que la constipation est absolue, que le ventre est tendu, météorisé, qu'il est tellement hyperesthésié que le plus léger contact, le seul poids des couvertures, occasionnent les plus vives souffrances. On comprend aisément d'après cela pourquoi les malades dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies, mettent la plus grande attention à garder une immobilité absolue et veillent avec soin à ce qu'un déplacement inopportun ne soit pas imprimé à leur ventre.

De Langenhagen appelle ces accidents, heureusement fort rares, «crises entéralgiques paroxystiques de l'entérite muco-membraneuse» [2]. Ils rappellent, par plus d'un point, ceux de l'occlusion intestinale, de l'appendicite, de la péritonite, des crises de coliques hépatiques. En général, ces accès sont apyrétiques, mais que l'on suppose l'un d'eux évoluant avec fièvre (Mathieu a signalé plusieurs cas de ce genre), on sera bien tenté alors de conclure à une infection intestinale à forme typhoïde. Néanmoins, en procédant avec méthode, on doit pouvoir reconnaître une crise entéralgique dans un tel tableau symptomatique.

II. — **Signes physiques**. — Un examen attentif de l'abdomen d'un sujet atteint d'entéro-colite muco-membraneuse révèle généralement quelques-uns des symptômes qui suivent.

[1] De Langenhagen. Loc. cit.

[2] De Langenhagen. Loc. cit.

On constate souvent, à l'inspection, que la paroi du ventre est déprimée, flasque au point de retomber en besace, à la palpation qu'elle est assez dépressible pour permettre de sentir les battements de l'aorte abdominale et même d'arriver sur la colonne vertébrale.

Les anses intestinales, celles du gros intestin tout au moins, atones, relâchées, donnent à la main qui les malaxe la sensation caractéristique d'un corps mou, d'une loque, « la sensation de l'intestin chiffon [1] » .

Il ne faudrait pas s'attendre à rencontrer tout cela dans chaque cas particulier. Il est, en effet, des malades qui ont conservé une paroi abdominale assez résistante ; bien plus, chez certains, il existe un tympanisme notable dû à une distension gazeuse de l'estomac et du gros intestin.

On peut encore être mis en présence de faits assez particuliers : on voit, une première fois, une personne chez laquelle évolue une entéro-colite muco-membraneuse ; on trouve un ventre uniformément mou, uniformément dépressible. A un nouvel examen, on s'attend à rencontrer les mêmes signes, mais on n'est pas peu étonné lorsqu'on constate au milieu de parties flasques des zones dures et consistantes. La chose s'explique aisément si l'on songe à l'existence d'un spasme intermittent et segmentaire de l'intestin. Ce spasme n'est pas du tout contradictoire avec l'atonie, il existe parfois sur une partie de l'intestin qu'on avait sentie, quelques jours avant, relâchée au maximum.

Ces modifications ne sont pas les seules dont on s'aperçoit quelquefois, le calibre du tube intestinal peut être reconnu irrégulier depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque, il présente sur ce trajet une série de dilatations et rétrécissements variables suivant les sujets. Le côlon transverse, ordinairement abaissé

[1] De Langenhagen. Loc. cit.

ainsi que ses angles, a ses diamètres diminués et offre la rigidité d'une corde (corde colique), les côlons ascendant et descendant sont en même temps dilatés.

Il est facile de percevoir le bord interne du cæcum ectasié en déprimant la paroi abdominale de dedans en dehors, on sent alors sous la main un véritable boudin. Toutefois les cas ne sont pas rares où la dilatation du côlon transverse a été observée avec rétraction du cæcum. Disons aussi qu'autour de ces deux segments du gros intestin on a pu déceler de l'empâtement, ce que Potain attribue à la présence, à ce niveau, de fausses membranes consécutives à des poussées de péritonite localisée.

Quant à l'S iliaque, elle est souvent pleine de matières stercorales et rétrécie. Blondel indique encore un autre signe : d'après lui, si l'on pratique le toucher rectal et que de la main restée libre on déprime la paroi abdominale au niveau du ligament de Douglas, le malade éprouve une vive douleur.

Il est rare que toutes ces investigations ne déterminent pas un bruit hydro-aérique plus ou moins intense, des gargouillements surtout manifestes lorsqu'on explore le cæcum. Assez souvent même, on peut produire un véritable clapotage cæcal. Les dilatations et les sténoses qui siègent sur le gros intestin, par la stagnation des liquides et des gaz qu'elles favorisent, expliquent largement l'existence de ces phénomènes.

Souvent aussi, la palpation provoque des douleurs ; les parties contracturées, les deux angles du côlon (le gauche surtout), sont ordinairement les endroits les plus sensibles.

Ce qui précède intéresse surtout le gros intestin, l'intestin grêle ne présente que de très rares sténoses, spasmes ou gargouillements. On ne constate guère dans l'immense majorité des cas qu'une chose à son examen : c'est qu'il est relâché autour de l'ombilic.

C'est ensuite sur l'estomac que doivent porter nos recherches. Si l'espace de Traube n'est plus sonore, l'organe est ptosé, l'insufflation permettra alors de s'assurer que la petite courbure est abaissée. Il convient aussi de se demander s'il y a ou non dilatation. Ici il y a place pour deux causes d'erreur : le côlon transverse dilaté peut donner lieu à du gargouillement et à du clapotage qu'il faut se garder de considérer comme venant de l'estomac, le son stomacal obtenu par la percussion est souvent confondu avec le son colique. Avec un peu d'attention et d'habitude on doit arriver à établir une distinction entre ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces organes. Tout d'abord, la percussion donne un son de tonalité différente pour chacun d'eux, ensuite on peut s'aider, pour délimiter ces deux viscères, du phonendoscope, enfin on aura recours avec avantage à l'insufflation de l'estomac, à sa distension par un mélange effervescent.

Rarement congestionné et dépassant alors le rebord costal, beaucoup plus souvent rétracté, le foie est fréquemment douloureux à la pression en un point qui correspond à peu près à la vésicule biliaire. On l'a trouvé ptosé, mais la chose est rare.

On ne saurait en dire autant pour le rein, qu'il faut s'attendre en pareil cas à trouver partout dans l'abdomen, sauf à sa place habituelle, dans les flancs, les fosses iliaques au niveau de la région ombilicale. La néphroptose se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme, plus souvent aussi à droite qu'à gauche.

La description qui vient d'être faite de l'état de la paroi et des viscères de l'abdomen dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse ressemble par plus d'un point à celle que Glénard nous a donnée de la maladie qui porte son nom. Paroi du ventre flasque, battements de l'aorte abdominale

perceptibles, intestin atone, abaissé, rétréci ou au contraire dilaté par places, ptoses de l'estomac, du foie, du rein, etc... tout permet de conclure à la coexistence des deux affections. Nous nous contentons ici de souligner le fait, nous réservant de voir ailleurs ce qu'il faut en penser au point de vue pathogénique.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS

A côté d'affections venant incontestablement compliquer l'entéro-colite muco-membraneuse, on en trouvera dans ce chapitre d'autres que certains hésitent à faire dériver de cette maladie et que même on est allé jusqu'à considérer comme en étant les causes immédiates. Dans l'incertitude où nous sommes encore à ce sujet, nous donnons ici leur description, n'ignorant pas qu'elle serait peut-être mieux placée ailleurs.

Outre ces associations morbides nous citons encore des symptômes accessoires que, vu leur peu de gravité ordinaire, d'aucuns se refuseront peut-être à considérer comme des complications. A ceux-ci nous nous contentons d'objecter que quelques-uns de ces phénomènes inconstants présentent quelquefois des caractères assez fâcheux pour mériter d'être considérés comme des aggravations à la maladie.

Ceci dit, abordons le sujet, pour l'étude duquel nous passerons successivement en revue ce que l'on peut rencontrer à ce propos du côté du tube digestif et du foie qui en dépend, des appareils circulatoire et respiratoire, des organes génito-urinaires, du système nerveux, de la peau et de l'état général.

I. **Appareil digestif**. — 1° Bouche. — La langue, quelquefois nettement saburrale, ne présente souvent qu'un

enduit blanchâtre à sa base, ou même reste complètement humide et rosée comme à l'état normal.

On a noté un grand nombre de fois la gingivite, les aphtes buccaux, le ptyalisme, la fétidité de l'haleine.

2° Œsophage. — De Langenhagen a observé l'œsophagisme après les repas.

3° Estomac. — Des troubles gastriques multiples sont constamment surajoutés à ceux que détermine l'entéro-colite muco-membraneuse. Plus ou moins apparents, suivant les formes graves ou légères de la maladie, ils se présentent avecdes modalités diverses.

Quelquefois il s'agit d'une dyspepsie asthénique: les malades après leur repas sont somnolents, congestionnés, météorisés au point d'être dans l'obligation de desserrer leurs vêtements. Ils accusent de la pesanteur épigastrique. Les vomissements sont rares. L'appétit est capricieux. Le chimisme stomacal peut être normal, plus souvent l'acide chlorhydrique libre manque, l'acide chlorhydrique combiné est diminué.

L'hyperchlorhydrie, de beaucoup plus fréquente, se montre avec son cortège de symptômes habituel : apparition trois ou quatre heures après le repas de vives douleurs épigastriques, brulantes, térébrantes avec éructations, regurgitations acides souvent calmées par les vomissements, souffrances nocturnes, insomnies ; malgré ce, l'appétit est conservé. L'analyse du suc gastrique, faite après un repas d'épreuve, montre l'acide chlorhydrique en excès.

En dehors des crises on constate de rares vomissements contenant des matières glaireuses analogues à celles trouvées dans les déjections, de fréquentes nausées le matin au réveil.

Nous aurons à revenir, au chapitre *Pathogénie*, sur les troubles gastriques.

4° Intestin. — Il est assez fréquent d'observer, à la suite de la défécation qui est assez laborieuse, le prolapsus de la muqueuse ano-rectale, des éraillures multiples intéressant cette même muqueuse, éraillures parmi lesquelles il faut citer la fissure à l'anus, des hémorrhoïdes.

En dehors des stries sanglantes que l'on constate sur les matières stercorales et qui reconnaissent pour origine les petites solutions de continuité que nous venons de signaler, en dehors du sang plus abondant que peuvent donner les hémorrhoïdes, il y a lieu de mentionner des hémorragies dues manifestement à une tout autre cause, sur laquelle pas mal d'obscurités subsistent encore. D'une abondance variable allant de quelques gouttes à un litre et plus, ces pertes hématiques surviennent brusquement sans que rien puisse faire prévoir leur apparition ; de plus, elles se répètent en général pendant plusieurs jours. Elles ne doivent pas nous effrayer outre mesure, les moyens ordinaires n'ont pas de peine à les tarir. Potain invoque, pour expliquer leur apparition, une congestion vaso-motrice intense de la muqueuse intestinale. Peut-être sont-elles dues à l'existence sinon d'ulcérations, tout au moins d'érosions produites par l'inflammation chronique de la muqueuse.

La lithiase intestinale (Observation IV) est étroitement subordonnée à l'entéro colite muco-membraneuse qu'elle vient compliquer dans 10 °/₀ des cas environ. On ne doit pas s'en étonner si on réfléchit que cette dernière réalise précisément toutes les conditions favorables à sa production : « sécrétion exagérée du mucus qui forme les noyaux autour desquels viennent s'agréger les couches calcaires ; apport constant d'éléments nouveaux par la desquamation épithéliale intense de la muqueuse ; enfin stagnation permanente de tous ces matériaux dans l'intestin par le fait de la consti-

pation »[1]. A l'appui de cette opinion, on peut faire observer, avec les auteurs qui l'admettent, qu'il existe une certaine analogie entre ce qui se passe ici et la formation des calculs biliaires, lesquels, ainsi que les études de Gilbert et de Fournier l'ont démontré, sont le résultat de dégénérescence épithéliale déterminée par une angiocholite. La lithiase intestinale s'observe chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Sans aucune souffrance ou après des douleurs plus ou moins vives accompagnées quelquefois de phénomènes accessoires variables, les malades émettent une quantité plus ou moins grande de sable, de graviers intestinaux, soit isolément, soit en même temps que des muco-membranes, des scybales. Ces concrétions offrent des aspects différents. Le sable est brunâtre, formé de grains plus ou moins fins. Les graviers plus gros atteignent les dimensions d'un pépin de raisin, d'une lentille (Oddo, Dieulafoy), d'un pépin d'orange et même d'une noisette (Mongour). La composition chimique a été trouvée constamment la même : une matière organique fondamentale, de nature stercorale, mélangée à des sels de chaux, de magnésie, à des traces de silice et de chlorures.

Abordons maintenant la question si controversée des rapports de l'entéro-colite et de l'appendicite. Nous ne nous attarderons pas ici à peser les arguments donnés par les différents auteurs, soit pour établir que la seconde est une complication fréquente de la première, soit pour démontrer au contraire qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre les deux. Nous ne discuterons ni sur la valeur de l'opinion de Reclus et de ceux qui pensent avec lui que la colite est une cause fréquente d'appendicite, ni sur ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette phrase de Dieulafoy qui représente

[1] De Langenhagen ; *loc. cit.* Voir à ce sujet : A. Mathieu. Soc. méd. des hôp., 1896. Voir aussi : « Thérapeutique des maladies de l'intestin ». O. Doin, 1895, et « Traitement de la colite membraneuse ». Bull. et Mém. de la Soc. de thérap. 1897.

l'avis opposé : « l'appendicite (non pas la pseudo appendicite, mais l'appendicite vraie) ne survient qu'à titre tout à fait exceptionnel dans le cours des entéro-colites. La conclusion, c'est que les gens atteints d'entéro-typhlo-colite-muco-membraneuse ou sableuse n'ont pas à redouter plus que d'autres l'éventualité parfois si terrible de l'appendicite. Ils peuvent se rassurer » [1].

Qu'il s'agisse d'une conséquence ou bien d'une coïncidence fortuite, l'appendicite a été observée chez des malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, mais en si faible proportion d'après les statistiques même les plus chargées, que nous n'estimons pas qu'il faille, de propos délibéré, armer la main du chirurgien et enlever préventivement l'appendice à toute personne présentant cette dernière affection. C'est là le seul point pratique sur lequel nous nous bornons à attirer l'attention.

5° Foie. — Les troubles fonctionnels de ce viscère se résument en ceci : Dans certains cas on constate de la décoloration intermittente des fèces sans ictère, ni congestion hépatique, ni signe quel qu'il soit indiquant une affection du foie. On est tout naturellement amené à conclure à l'existence d'une acholie ou tout au moins d'une oligocholie transitoires. Dans l'intervalle, la coloration des selles est normale. Chez d'autres malades il y a alternance entre un ralentissement et un excès de fonctionnement de l'organe ; à des matières fécales blanches font suite des excréments fortement colorés en vert.

II. **Appareil circulatoire.**— Les troubles cardiaques sont assez variés. Il s'agit tantôt d'accès de palpitation survenant surtout après les repas, tantôt d'une arythmie, de faux pas

[1] Dieulafoy ; *loc. cit.*

du cœur, tantôt d'accès de pseudo-angine de poitrine pendant lesquels le pouls est, soit petit et misérable, soit très fréquent et intermittent. Une selle, des renvois gazeux, marquent en général la fin de toutes ces manifestations. On a aussi signalé l'insuffisance tricuspidienne passagère (Potain).

Comme troubles circulatoires vaso-moteurs périphériques, notons les épistaxis, la pâleur ou la rougeur de la face qui peuvent suivre les repas.

III. **Appareil respiratoire.**— Il est relativement fréquent de rencontrer des sortes de crises analogues aux accès d'asthme et pendant lesquelles la suffocation est plus ou moins intense. On les voit alterner avec des crises de coryza. A noter aussi des angoisses avec sensation de striction de la gorge et pauses respiratoires.

IV. **Organes génito-urinaires.** — Beaucoup de femmes présentent, en même temps qu'une entéro-colite muco-membraneuse, des troubles du côté de la sphère génitale. Chez elles il peut y avoir : prolapsus utérin, déviation de la matrice, tumeurs fibreuses, ulcérations du col, dysménorrhée membraneuse, métrite, annexite, vaginite. Si on les interroge au sujet de leurs règles, il n'est pas rare qu'elles répondent que la date d'apparition, la durée de celles-ci, etc... varient infiniment. Des phénomènes de dysménorrhée, de métrorrhagies apparaissent quelquefois pendant les poussées de colite. Nous retrouverons ailleurs les affections gynécologiques, lorsque nous examinerons les différentes théories émises sur les causes de la maladie, objet de ce travail.

Pour ce qui est des organes urinaires, il faut signaler l'atonie de la vessie, le spasme vésical, les troubles divers de la miction, la cystite.

V. **Système nerveux**. — On observe souvent l'asthénie, on a noté des accidents convulsifs variables (chorée, épilepsie chez les enfants, tremblement neurasthénique, crises d'hystérie, chez l'adulte). M. le professeur Carrieu a observé la tétanie, des paralysies.

Les troubles de la sensibilité sont éminemment variables, à noter : la céphalée en casque ou localisée au front (cette céphalée cède à l'usage des purgatifs, ce qui montre qu'elle est bien sous la dépendance de la constipation), des points douloureux à l'occiput, sur la colonne vertébrale, des arthralgies, des névralgies, des douleurs lombaires, l'hyperesthésie de la région malléolaire.

Comme troubles sensoriels on a relaté l'amblyopie, l'amaurose, les tintements d'oreilles. Signalons les vertiges.

Certains malades deviennent très impressionnables, très émotifs, d'autres sont déprimés, presque tous pensent sans cesse à leur état. Il en est même qui deviennent de vrais hypochondriaques. On en a rencontré qui disaient éprouver par moments l'affreuse «sensation de la vie qui s'éteint» [1]; l'aphasie, l'amnésie, peuvent se montrer passagèrement.

Les troubles nerveux importants n'apparaissent, en général, qu'après le début de la maladie, qui les accentue s'ils existaient avant. Tous les candidats à l'entéro-colite muco-membraneuse ont un tempérament plus ou moins nerveux, une hérédité nerveuse plus ou moins chargée.

Lorsque l'affection est installée, elle « réagit à son tour sur les phénomènes névropathiques pour les exalter et faire le plus souvent, d'un état nerveux vague, une neurasthénie franche et confirmée » [2].

[1] De Langenhagen. *Loc. cit.*

[2] De Langenhagen. *Loc. cit.*

VI. **Peau**. — Comme manifestations cutanées, Gaston Lyon signale l'herpès, l'urticaire, divers érythèmes surtout fréquents dans l'enfance. Les sueurs s'observent aussi.

VII. **Etat général**. — Peu modifié dans les formes récentes et légères, l'état général est d'autant plus altéré que la maladie est plus ancienne et plus grave. On constate alors un amaigrissement prononcé dû au fonctionnement défectueux de l'intestin et à l'inanition à laquelle se condamnent volontairement beaucoup de malades. La cachexie atteint parfois un degré tel que ceux-ci s'en inquiètent beaucoup et que le médecin, induit en erreur, songe à tort à l'existence d'une tuberculose ou d'un cancer latents. Le teint est jaunâtre, le faciès prend une expression qui tient à la fois du type péritonéal et du type utérin. Il y a souvent hypothermie, il existe néanmoins des formes à température élevée.

Dans le cours de ce chapitre nous avons relaté certains troubles fonctionnels observés du côté du foie, du cœur, des poumons, etc... On peut conclure de l'existence de ces faits qu'il y a d'étroites relations entre l'entéro-colite et le fonctionnement du système nerveux. Ces troubles sont dus à l'existence de réflexes partis de la muqueuse digestive irritée et allant, par l'intermédiaire du bulbe, puis du pneumogastrique et du sympathique, retentir sur les divers organes. Quelquefois les accidents nés de cette manière sont des plus sérieux ; «pour que les excitations parties de la muqueuse intestinale aient une pareille répercussion, il faut un tempérament, une diathèse nerveuse spéciale, une impressionnabilité et une susceptibilité exagérées du système nerveux. Il y a longtemps qu'on a dit : « Ne fait pas des réflexes qui veut », ce qu'on pourrait traduire en parodiant un mot célèbre : « Chacun a les réflexes qu'il mérite ! » C'est ce qui

explique que chez certaines personnes ces troubles sont à l'état fruste et à peine ébauchés, tandis que chez d'autres ils affectent une allure vraiment inquiétante »[1]. Il importe de bien connaître ces choses afin de ne pas porter le diagnostic erroné d'affection du cœur, du plexus cardiaque, du poumon, etc.....

[1] De Langenhagen. *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

Il y a lieu de décrire ici séparément les formes qu'on observe chez l'adulte et celles particulières aux enfants ;

I. **Formes chez l'adulte**. — Les unes sont bénignes, les autres graves, les secondes succédant quelquefois aux premières négligées ou méconnues.

Voyons tout d'abord ce qui se passe dans les cas bénins : L'entérite aiguë *primum movens* est ici exceptionnelle ; en général, la maladie s'installe insidieusement, sans grand fracas, sans causes bien apparentes. Néanmoins dans un cas dont l'histoire est résumée à la fin de ce travail, (observation II) on la voit débuter nettement au moment de la ménopause. Tous les symptômes consistent en une constipation intermittente accompagnée du rejet de glaires ou de muco-membranes mêlées à des scybales. Quelquefois en outre, les malades se plaignent d'insomnie, d'inaptitude au travail, d'anorexie, la langue est blanche, le pouls accéléré, la température légèrement au-dessus de la normale. Et c'est tout. On comprend sans difficulté que la présence de muco-membranes dans les excréments passe inaperçue pour beaucoup de malades. Les deux que nous avons suivis ne l'ont notée que deux ans après le début de l'affection (Observations I et III). Certains patients constatent bien ces productions

anormales au milieu de leurs selles, mais le fait ne les frappe pas suffisamment pour qu'ils jugent nécessaire de le signaler à leur médecin. Ce dernier ne sera appelé que plus tard, lorsque d'autres symptômes seront venus s'ajouter à ceux qui existent déjà, troubles qui contribueront à égarer le diagnostic avec d'autant plus de facilité que, même à ce moment-là, les malades négligent souvent de rappeler les désordres initiaux. C'est ainsi qu'on attribue à une affection utérine ou nerveuse, à une maladie de l'estomac, un rôle pathogénique qu'elles n'ont pas joué ; c'est ainsi qu'on laisse évoluer vers la forme grave cet état qui aurait cédé le plus aisément du monde devant un traitement approprié. Il faut dire toutefois qu'une telle éventualité ne se produit guère qu'après plusieurs années, pendant lesquelles ces crises atténuées se montrent soit à intervalles plus ou moins éloignés, soit périodiquement.

Les formes graves sévissent de préférence sur les personnes à antécédents héréditaires chargés, sur celles depuis longtemps malades, sur les neurasthéniques, les surmenés. Ici, pas de suspension dans la suite des phénomènes : la constipation est continue et de plus en plus accentuée, les selles renferment presque constamment des muco-membranes. Ajoutez à cela qu'il y a à peu près toujours coexistence d'entéroptose et de néphroptose, que les divers troubles réflexes, la lithiase intestinale, l'acholie, ne sont pas rares, que la dépression nerveuse se manifeste et s'exagère. L'amaigrissement, une cachexie extrême, des alternatives de diarrhée et de constipation surviennent. Le malade est morose, il a « la nostalgie de la garde-robe » et emploie tous les moyens possibles et imaginables pour lutter contre l'opiniâtre constipation qui l'obsède. Des crises intenses viennent à intervalles rapprochés faire de fâcheuses diversions dans le cours de cet état. Nous les avons vues se reproduire régulièrement

tous les jours entre 4 et 5 heures du soir (observation III).

Pendant ces accès généralement apyrétiques, le malade, en proie à des souffrances atroces, localisées surtout autour de l'ombilic, dans les fosses iliaques, ou, ainsi que nous l'avons constaté (observation III), le long du côlon transverse, ne peut absolument pas aller du corps ; les douleurs peuvent siéger encore au niveau de l'anus, les selles sont fréquentes mais constituées par un rare mucus qui n'a pas eu le temps de revêtir la forme membraneuse. Certaines crises auxquelles nous avons assisté s'accompagnaient de violentes contractions des muscles abdominaux (Observation III). Qu'il y ait rétention des membranes, et le tableau de l'occlusion intestinale ou de la péritonite par perforation se trouve réalisé : ventre ballonné, douloureux absence absolue d'émission de matières fécales et de gaz, vomissements bilieux, alimentaires, fécaloïdes, pouls petit et fréquent, faciès grippé. Que la douleur se localise entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, et la ressemblance avec une poussée d'appendicite sera grande.

Une débâcle juge tous ces symptômes alarmants; sous son influence, à l'orage succède le calme le plus parfait ; le malade éprouve un bien être d'autant plus grand qu'il vient de souffrir davantage ; toutefois, il ne retrouve pas toujours l'état dans lequel il était avant la crise ; trop souvent, chacune de ces poussées donne un coup de fouet à la maladie et l'aggrave.

Les crises fébriles sont plus rares. Les unes, par la prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux, simulent assez bien une fièvre typhoïde : début par courbature, malaises, céphalalgie, épistaxis ; insomnie, anorexie, langue saburrale ; ventre ballonné, tendu, douloureux sur le trajet du gros intestin, surtout dans la fosse iliaque droite ;

la fièvre atteint 38°,5 et même 39°,5. Tel est le tableau de cet état auquel met fin une série de débacles. Nous verrons au chapitre *Diagnostic* comment le différencier de la dothienentérie ; nous exposerons aussi à cette même place les caractères qui séparent de la dysenterie véritable la seconde catégorie des accès fébriles, qui est constituée par les crises dysentériformes. Voici brièvement décrite la symptomatologie de ces dernières : émission de membranes qui ont tout l'aspect des produits analogues de la dysenterie, de glaires sanglantes, parfois même d'une grande quantité de sang venu de l'intestin. Concurremment, il existe des épreintes, du ténesme, de la douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche. Ici encore, il y a production de débacles successives.

II. **Formes chez l'enfant**[1]. — Il y a lieu d'ouvrir une parenthèse au début de ce paragraphe pour se demander quelles relations existent entre les colites aiguës de l'enfance et l'entéro-colite muco-membraneuse à marche chronique qui leur fait quelquefois suite. Pour les uns, les premières ne sont autre chose qu'une forme de la seconde spéciale aux jeunes; pour d'autres, ces affections sont totalement distinctes. Gaston Lyon se range à ce dernier avis. Il pense, avec quelque apparence de raison, que la plupart des colites de l'enfance, affections aiguës, fébriles, se terminant souvent par la mort, sont des maladies infectieuses qu'on ne saurait identifier avec l'entérite muco-membraneuse de l'adulte, laquelle est chronique, évolue sans fièvre ou avec des poussées fébriles intermittentes, et aboutit exceptionnellement

[1] Pour la rédaction de ce qui a trait dans ce travail aux formes cliniques de la maladie chez l'enfant et au traitement à leur opposer, nous avons beaucoup emprunté à Gaston Lyon, qui a consacré à l'affection évoluant chez les tout jeunes quelques bonnes pages de sa récente monographie : « L'entéro-colite muco-membraneuse », 1900. Collect. Critzmann.

au terme fatal. D'autres points, sur lesquels nous jugeons inutile d'insister, accentuent d'ailleurs encore la différence.

Ceci dit, abordons la description des formes infantiles.

Une entérite aiguë à forme muqueuse ou dysentérique ouvre donc parfois la scène. Dans d'autres cas, le début, plus insidieux, est marqué par des alternatives de constipation et de fausse diarrhée. Cette forme chronique d'emblée, surtout fréquente chez les enfants de trois ou quatre ans, s'observe aussi mais plus rarement chez les nourrissons à hérédité chargée.

Les symptômes et les signes locaux ne diffèrent pas de ceux observés chez l'adulte.

La langue est souvent saburrale, l'haleine fétide, l'appétit capricieux. La sensibilité au froid est excessive, les sueurs nocturnes, l'insomnie, les cauchemars sont fréquents. L'abattement et l'excitation alternent chez le même enfant ou bien existent isolément. Le teint des petits malades est pâle ou bien jaunâtre, le pourtour des yeux bleuâtre, il existe dans les formes graves un amaigrissement extrême. Les poussées aiguës fébriles accompagnées de symptômes alarmants font rarement défaut. A un moment donné, l'anorexie est complète, des vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, verdâtres, surviennent. Une diarrhée profuse, fétide ou une fausse diarrhée, ou encore des selles dysentériformes avec liquide muqueux et sanguinolent, succèdent à une constipation plus ou moins prolongée. Le nombre des selles est grand en général, souvent l'enfant a beau se présenter à la garde-robe, il n'obtient pas de résultat. Il n'est pas rare que le ténesme intestinal coexiste avec le ténesme vésical. On a signalé la cystite, la rétention d'urine; plus souvent les urines sont rares, foncées. On a noté de fréquents érythèmes urticariens, morbilliformes, purpuriques. La fièvre continue au début, rémittente plus tard, oscille entre

38°,5 et 39°,5, mais elle peut aller au delà. Elle tombe momentanément sous l'influence d'évacuations intestinales abondantes et de la diète hydrique. La broncho-pneumonie, les accidents pseudo-méningitiques, la méningite, sont des complications exceptionnelles.

La durée des paroxysmes fébriles et l'intervalle qui les sépare sont des plus variables. Le retour de ces crises est, en général, annoncé par de la constipation.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Même dans les cas sérieux, le pronostic *quoad vitam* est favorable. La mort survient rarement, et, lorsqu'elle le fait, c'est en général à la suite de la cachexie, d'une complication infectieuse, d'une paralysie de l'intestin, d'une hémorragie intestinale.

Chez l'adulte, les formes bénignes sont guérissables, mais elles récidivent avec la plus grande facilité ; dans les formes graves, on ne peut se proposer que d'apporter du soulagement. La maladie est particulièrement réfractaire à toute thérapeutique lorsque son début remonte à l'enfance. L'entéro-colite muco-membraneuse, en effet, à la disparition de laquelle certains temps d'arrêt trompeurs font croire, dure souvent des années entières. Il importe que les patients soient prévenus de cette longue persistance de l'état morbide, afin qu'ils persévèrent dans l'application d'un traitement méthodique.

Chez l'enfant, on voit l'affection se rapprocher de plus en plus des formes de l'adulte, à mesure que le petit malade avance en âge. Un bon traitement en vient à bout. Mal soignée ou négligée, elle dure indéfiniment. Les ptoses viscérales, la dyspepsie, la neurasthénie, sont souvent réservées à l'enfant atteint d'entéro-colite muco-membraneuse, mais elles ne se développeront que dans l'âge adulte.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

La connaissance de ce qui précède doit permettre au médecin de faire dans la majorité des cas un bon diagnostic, néanmoins il convient de signaler ce qui peut prêter ici à confusion et d'indiquer comment on arrive à éviter toute erreur.

Les *anneaux de tœnia* ont quelques ressemblances avec les matières rubanées souvent expulsées dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Beaucoup de malades et, faut-il le dire, quelques médecins prennent ces concrétions pour des fragments de cestodes. On peut affirmer qu'il ne s'agit pas de cucurbitins si on constate l'absence d'organes génitaux sur ces productions.

On a pris pour des *ascarides lombricoïdes* réunis en amas des pelotons cylindriques de mucus concret trouvés dans les selles. Le corps de ces nématodes, renflés au milieu, effilé aux extrémités, terminés à l'une de celles-ci par trois nodules entre lesquels s'ouvre la bouche, etc,... offre des caractères assez particuliers pour qu'une telle erreur ne soit excusable que par un examen superficiel.

Inversement, on a cru à des muco-membranes alors qu'il ne s'agissait que de *fragments d'hydatides*. Des kystes hydatiques peuvent en effet s'ouvrir dans l'intestin et leurs débris irréguliers se mêler aux matières fécales. Ces fragments

épais d'un demi-centimètre et au delà, semblables à de l'albumine mal cuite, sont blanchâtres, demi-transparents, formés de plusieurs couches stratifiées à la manière des feuillets qui forment les tranches d'un album. A la coupe, ils s'enroulent sur eux mêmes comme des membranes élastiques. Leur matière propre est formée de substance amorphe et homogène, sans fibres ni cellules, ni bactéries. Tout cela est absolument spécial aux kystes hydatiques ; on ne peut, lorsqu'on connaît cette conformation, l'attribuer à toute autre origine.

Il est possible, paraît-il, de rencontrer des plaques de *muguet* dans les garde-robes. Le fait doit être bien rare si tant est qu'il existe, le muguet étant plutôt une production sus-diaphragmatique. L'examen microscopique lèverait en pareil cas tous les doutes, en permettant de constater la présence de cellules levures et de filaments. D'ailleurs le diagnostic serait facilité par l'examen de la bouche, dans laquelle on trouve toujours l'oïdium albicans lorsqu'il existe du muguet autre part dans l'organisme.

On a observé dans des cas d'invagination intestinale l'expulsion par l'anus de *lambeaux de muqueuse* sphacélés. Le microscope, encore ici, ne permet pas une erreur. Grâce à lui nous retrouvons tous les caractères de la muqueuse : glandes, villosités, capillaires, etc...

Aura-t-on jamais à différencier une *membrane diphtérique* d'avec une production analogue comme aspect résultant d'une entéro-colite muco-membraneuse ? Nous ne le croyons guère. Cependant, si ce problème inattendu se posait, les examens histologique et bactériologique en donneraient la solution.

Disons encore qu'on a pris pour des muco-membranes, des *morceaux d'albumine coagulée* ayant échappé à l'action des sucs digestifs après l'ingestion d'œufs.

Les *troubles gastriques* captivent quelquefois l'attention du

praticien au détriment des troubles intestinaux, qu'ils masquent. Il suffit d'être prévenu de la chose pour ne pas porter un diagnostic incomplet.

Chez les gens âgés, dyspeptiques, amaigris, à teint jaune paille, des matières fécales accumulées dans le côlon peuvent être prises, on le conçoit aisément, pour un *cancer de l'estomac*. Quelques purgatifs auront vite fait de balayer ces amas trompeurs de substance stercorale.

Il n'est pas impossible que le *cancer de l'intestin* engendre la confusion ; la gravité croissante des symptômes, la rapidité de la cachexie envahissante, sont en faveur du néoplasme.

L'entérite tuberculeuse est d'autant plus facilement prise pour l'entéro-colite muco-membraneuse que le sujet qui en est atteint, n'a pas toujours les apparences d'un tuberculeux. Règle générale, il faut se méfier, chez un phtisique surtout, des diarrhées grisâtres ou noirâtres rebelles, non motivées en apparence. Dans quelques cas exceptionnels, on arrive à déceler le bacille de Koch dans les selles.

Il faut songer que, derrière *les troubles de la sphère génitale de la femme* qui s'imposent à l'attention, se trouvent parfois des désordres intestinaux d'une importance autrement grande et qu'on aurait tort de méconnaître.

Même remarque pour ce qui est des *troubles nerveux :* neurasthénie, hystérie, épilepsie, chorée, etc... , qu'il convient de reléguer au second plan.

De l'existence d'envies fréquentes d'uriner, de dysurie, symptômes réflexes relevant d'une entéro-colite muco-membraneuse, on a quelquefois conclu à tort qu'il s'agissait d'une *lithiase rénale*, et cela d'autant plus volontiers que les crises douloureuses de l'affection intestinale simulent, dans une certaine mesure, la colique néphrétique. L'absence d'hématurie, de sable ou de graviers dans les urines du malade et

autres symptômes par lesquels les calculs du rein révèlent leur présence, permettront d'éliminer cette hypothèse.

Les ressemblances entre la *colique hépatique* et un accès douloureux d'entéro-colite sont quelquefois frappantes. Que l'intestin ou le foie soient en cause, on peut voir des vomissements alimentaires et bilieux apparaître et le maximum de la douleur siéger dans une région voisine de l'angle droit du côlon. Toutefois, les irradiations douloureuses sont plutôt thoraciques et scapulaires dans la colique hépatique, elles se font de préférence du côté de l'abdomen, dans la crise d'entéro-colite muco-membraneuse. Le tympanisme est plus accusé dans celle-ci que dans celle-là. Enfin, des renseignements décisifs sont donnés par la recherche dans les selles des muco-membranes, du sable et des graviers dont l'analyse chimique révèlera l'origine (les calculs biliaires renferment, à l'inverse des calculs d'origine intestinale, toujours de la cholestérine, jamais de matières organiques d'origine stercorale). L'existence d'un ictère n'a pas ici une valeur diagnostique bien grande; en effet, la migration d'un calcul à travers les voies biliaires ne s'accompagne pas fatalement d'une teinte jaune des téguments; des poussées de congestion hépatique avec subictère sont quelquefois provoquées par l'entéro-colite.

La confusion est aisée mais non pas inévitable entre une crise de colite muco-membraneuse et l'*appendicite*. La première se développe chez un individu dont l'intestin fonctionne d'une façon défectueuse depuis plus ou moins longtemps, la seconde s'abat à l'improviste sur sa victime souvent dans le cours d'une excellente santé. La douleur de l'une siège sur le trajet des côlons, celle de l'autre est nettement localisée au point de Mac Burney. Lorsque, dans l'entéro-colite muco-membraneuse, les souffrances occupent le cæcum,

il faut beaucoup d'attention pour ne pas les attribuer à une lésion appendiculaire.

Dans les cas de coexistence des deux affections, l'une d'elles peut être méconnue même par le clinicien le plus perspicace.

On devra songer aux *coliques de plomb* et non à l'entéro-colite si le malade est ou a été par sa profession exposé à l'intoxication saturnine, si ses gencives portent le liseré de Burton, si les douleurs qu'il éprouve sont calmées par de larges pressions sur la paroi abdominale, si les matières stercorales qu'il émet à la fin de sa crise ne sont pas mélangées de muco-membranes.

Nous avons dit ailleurs que le tableau de *l'obstruction intestinale* ou celui de la *péritonite* se trouvaient quelquefois réalisés grâce à la rétention des membranes. Nous rappelons qu'il suffit d'une garde-robe pour que tout rentre dans l'ordre. Il nous sera d'autant plus facile d'éliminer la péritonite que nombre de ses symptômes parmi les plus constants manquent ici ; les vomissements porracés, l'hyperthermie, etc....

La température dans les crises à forme typhoïde ne ressemble pas à celle de la *dothienentérie* : les rémissions matutinales en sont plus prononcées, elle ne présente ni période d'oscillations ascendantes ni période de plateau. On se basera encore, pour écarter l'idée de fièvre typhoïde, sur l'absence de prostration et de stupeur, de taches rosées, sur la terminaison de cet état par une série de débâcles, enfin sur le résultat négatif du séro-diagnostic de Widal. L'examen des selles permettra de ne pas prendre pour un flux diarrhéïque véritable la fausse diarrhée que l'on pourra observer dans cette circonstance et sur les caractères de laquelle nous ne reviendrons pas.

C'est à ce même examen des selles qu'il faudra nous adresser pour établir la distinction entre les crises dysen-

tériformes de la colite et la *dysenterie*. S'il s'agit de cette dernière, elles contiennent des fragments de muqueuse intestinale, que l'on n'y trouve pas dans le cas d'entéro-colite, ces fragments sont riches en fibrine; or, nous savons que les muco membranes sont presque exclusivement composées de mucus.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'entéro-colite muco-membraneuse n'entraînant pas en général la mort, partant les autopsies étant rares, nous ne pourrons dire grand'chose des lésions qu'elle détermine. Celles-ci siègent surtout sur le gros intestin, dont tous les segments peuvent être pris successivement ou simultanément, depuis le cæcum jusqu'au rectum, toutefois la partie terminale de l'intestin grêle est quelquefois intéressée.

La muqueuse qu'on a trouvée tapissée de fausses membranes serait elle-même peu modifiée, d'après les auteurs qui ont fait les plus récentes nécropsies. Il est rare qu'elle soit ulcérée, même d'une façon toute superficielle.

Pour ce qui est des caractères macroscopiques des muco-membranes, nous renvoyons le lecteur à la description qui en a été faite au chapitre *Symptomatologie* de ce travail. Ici nous nous contenterons de dire quelques mots des caractères microscopiques de ces productions et de l'action qu'ont sur elles les réactifs.

Le microscope nous apprend que ces produits d'origine intestinale sont formés d'une substance fondamentale amorphe, hyaline, transparente, plus ou moins concrète. Accessoirement on trouve mélangés à cette dernière en proportions variables des cellules épithéliales cylindriques, des leucocytes, des cristaux plus ou moins volumineux, de la cholesté-

rine, des fragments de matières fécales, divers microorganismes (diplocoques, colibacilles, etc...), desquels Finkestein et, plus récemment, Thiercelin se sont efforcés, chacun de leur côté, d'isoler un microbe qu'ils considéraient comme agent spécifique de la maladie. Ajoutons que dans certains cas on aperçoit, en plus de toutes ces choses, des hématies dans le champ du microscope.

L'examen chimique met en évidence ce fait : que *les muco-membranes ne contiennent jamais de fibrine, mais toujours du mucus*, dont elles ont les réactions :

1° Elles se dissolvent complètement, surtout à chaud, dans les alcalins délayés.

2° Le filtrat, tout à fait transparent, se trouble et forme un sédiment abondant sous l'influence de l'acide acétique.

CHAPITRE VIII

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

L'entéro-colite muco-membraneuse est loin d'être rare, on en trouve environ 5 cas sur 100 malades observés; encore ce chiffre est-il trop faible, puisque beaucoup de formes bénignes passent inaperçues.

Exceptionnelle à la campagne, fréquente à la ville, où elle se rencontre beaucoup plus souvent dans la classe aisée que dans la population ouvrière, l'entéro-colite était moins répandue jadis qu'aujourd'hui. Elle atteint avec une certaine prédilection ceux qui mangent vite et de la viande en grande quantité, les personnes qui se surmènent, celles qui ont des émotions morales multiples; remarquons que toutes ces causes favorisent au plus haut point le développement du neuro-arthritisme. On a invoqué l'action du froid, on a même cité de prétendus cas de contage.

Aucun âge n'en est exempt. Les enfants sont atteints quoique plus rarement que les grandes personnes : les formes aiguës se rencontrent principalement chez les tout jeunes, dans la seconde enfance évoluent les formes chroniques. Mais c'est dans l'âge adulte que celles-ci se montrent avec leur plus grande fréquence. C'est surtout entre 25 et 45 ans que se développe l'affection. Toutefois, M. le professeur Carrieu l'a vue apparaître au moment de la puberté

et dans un cas rapporté à la fin de cette thèse (Observation II), son début remonte à la ménopause.

Le sexe a son importance : soit que la constipation, soit que les lésions utérines, soit que le nervosisme, si communs dans le sexe féminin, puissent être invoqués, soit enfin pour toute autre cause inconnue de nous, la maladie évolue bien plus souvent chez les femmes que chez les hommes, qui ne seraient atteints que 25 fois sur 100 cas d'entéro-colite muco-membraneuse. C'est du moins la proportion admise par la majorité des auteurs.

On relève, chez les ascendants et les collatéraux de presque tous les malades, d'une part : la goutte, la gravelle, le rhumatisme, la migraine, l'asthme, les hémorrhoïdes, l'obésité, de l'autre plusieurs névroses, le nervosisme. Certains médecins pensent même que la prédisposition à l'entéro-colite muco-membraneuse peut se transmettre. Il est vrai qu'on peut admettre « la transmission d'une tendance à l'atonie du tube digestif, qui serait elle-même le point de départ de l'hypersécrétion muqueuse »[1].

Les antécédents personnels nous révèlent, eux aussi, les attributs arthritiques et nerveux existant soit isolément, soit presque toujours simultanément, constituant alors le *neuro-arthritisme*. Disons encore que presque tous les malades sont depuis longtemps des constipés et que cet état est dû à une atonie de l'intestin, laquelle remonte à l'enfance ou est causée par une asthénie engendrée elle-même par le surmenage. Certains sujets ont dans leur passé une fièvre typhoïde, une grippe, d'autres une entérite aiguë. Cette dernière, en altérant les fibres musculaires lisses de l'intestin, joue peut-être un rôle important dans la genèse de l'affection.

[1] Gaston Lyon *loc. cit.*

La pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse est loin d'être élucidée. On ne saurait s'adresser actuellement à l'anatomie pathologique et à la microbiologie pour résoudre le problème, les indications qu'elles nous donnent sont trop vagues. Force a donc été aux auteurs d'avoir recours aux données de la clinique pour émettre des hypothèses plus ou moins plausibles sur les causes de la maladie. Les uns en ont attribué l'origine aux troubles gastriques, les autres aux ptoses abdominales, il en est qui ont invoqué les différentes compressions de l'intestin, on a incriminé les affections gynécologiques; enfin tout récemment on a songé à la possibilité d'une infection primitive. Aujourd'hui, la théorie qui rallie le plus de suffrages est celle qui fait remonter tous les accidents à l'atonie des fibres lisses intestinales. Nous allons voir ce qu'il faut penser de chacune de ces opinions.

Les troubles gastriques sont à peu près constants, mais il est peu probable que l'entéro-colite muco-membraneuse soit fonction d'eux ou, inversement, qu'ils dépendent des troubles intestinaux comme on l'a prétendu. Il semble plus plausible qu'il existe une indépendance entre ces deux ordres de faits et que les uns et les autres relèvent d'une même cause générale qui produit à la fois l'atonie de l'intestin et de l'estomac.

Même conclusion pour ce qui est des ptoses abdominales, qui doivent être considérées, avec l'atonie intestinale et la colite, comme des accidents dus à un trouble primitif du système nerveux.

On ne saurait nier que toutes les causes de compression de l'intestin soient de puissants facteurs de stase et de fermentation. Les brides cicatricielles, les adhérences péritonéales, les kystes de l'ovaire, les tumeurs fibreuses, les positions vicieuses de l'utérus, la grossesse enfin, peuvent provoquer l'apparition des muco-membranes. Il est possible

qu'un prolapsus très accentué de la matrice entraîne l'entéroptose ou l'augmente si elle existe déjà ; toutefois ceci n'a qu'une importance relative au sujet de la pathogénie de l'entéro-colite puisque la maladie de Glenard n'est qu'un phénomène concomitant.

Que faut-il penser de la propagation à l'intestin des affections utéro-annexielles au moyen des anastomoses jetées entre les vaisseaux lymphatiques du vagin et du rectum ? C'est qu'elle est, dans la majorité des cas (nous ne disons pas dans tous), sujette à caution. L'entéro-colite muco-membraneuse est en effet fréquente dans le sexe masculin et chez les enfants qui n'ont pas de vie génitale. On la voit en outre évoluer chez des femmes dont les organes génitaux ont toujours été sains ou n'ont été malades que fort longtemps avant le début de l'état actuel. Et d'ailleurs, ce ne sont pas toujours les affections génitales qui entrent en scène les premières. Notre maître M. le professeur Carrieu a parfaitement vu des femmes présenter secondairement à l'entéro-colite muco-membraneuse des infections colibacillaires du côté de la vessie, des reins, du vagin, de l'utérus, des annexes. Combien enfin sont atteintes de métrites et de salpingo-ovarites qui ne présentent jamais le moindre trouble du côté du tractus intestinal ! Néanmoins, on ne saurait contester que les poussées congestives qui se font du côté de la matrice retentissent plus ou moins sur l'évolution de la maladie de l'intestin : il est fréquent de voir survenir les crises de la colite sous l'influence des règles. Nous pouvons conclure, ce nous semble, qu'il faut considérer une infection des organes génitaux de la femme dans la majorité des cas comme une cause adjuvante, accessoire et non prépondérante dans la production de la maladie qui nous occupe, exceptionnellement comme une cause déterminante.

Peut-on invoquer une infection primitive ? Les muco-

membranes contiennent, emprisonnés dans les mucus, des micro-organismes en grand nombre, mais ceux-ci ne diffèrent pas de ceux qui pullulent dans l'intestin à l'état normal. On a cherché à isoler et à cultiver un microbe spécifique, mais, quels que soient les résultats obtenus, il est difficile d'admettre que l'entéro-colite muco-membraneuse est due à tel ou tel de ces agents pathogènes. Il est probable que c'est seulement pour expliquer la genèse des accidents d'allure infectieuse qui surviennent dans le cours de la maladie qu'il faut tenir compte de l'élément microbien, mais on ne sait quels micro-organismes il faut ici plus particulièrement incriminer.

L'opinion la plus vraisemblable et en même temps la plus ordinairement acceptée à l'heure actuelle est la suivante : La diathèse, la constitution neuro-arthritique ou des causes acquises, mais le rôle de l'hérédité étant pour ainsi dire constant, favorisent ou même produisent l'atonie de l'intestin, souvent à la fois la ptose. L'atonie de la fibre intestinale crée la constipation. Celle-ci, par le durcissement des matières fécales qui circulent dès lors à frottement, engendre l'irritation et l'hyperhémie de la muqueuse des parties inférieures des voies digestives. De là, spasme, douleurs, hypersécrétion glandulaire, etc... L'affection intestinale ainsi établie retentit à distance sur le système nerveux général d'autant plus aisément qu'il fonctionnait antérieurement d'une façon imparfaite. La nervosité primitive est souvent transformée en neurasthénie et hypochondrie véritables. Un cercle vicieux se trouve ainsi établi. Toutefois, les réflexes n'engendrent pas tous les accidents, l'auto-intoxication joue certainement un rôle dans le développement des phénomènes généraux.

Il est aisé de concilier avec cette théorie l'existence de la forme diarrhéique que décrit de Langenhagen. Voici com-

ment ce dernier explique la chose[1] : Dans certains cas, l'atonie intestinale fondamentale aboutit, non à l'inertie de la muqueuse et à la constipation, mais à un péristaltisme exagéré. L'absence de l influx nerveux qui règle le péristaltisme et le cheminement des matières dans le gros intestin produit l'inertie ; que cet influx soit insuffisant et qu'au lieu d'aboutir à la contraction lente et puissante, nécessaire au cheminement des matières, il se traduise par de petites secousses motrices fractionnées, inégales, répétées, il y aura diarrhée. A la longue, la présence incessante des matières fermentées, mal digérées, irrite la muqueuse et provoque les mêmes effets que ceux produits par la stagnation des matières alvines circulant à frottement dur. Qu'on n'objecte pas que beaucoup de personnes sont atteintes, pendant de longues années, de diarrhée chronique sans que leurs selles contiennent des muco-membranes, signes du catarrhe intestinal, il serait facile de répondre que de nombreux individus sont constipés une bonne partie de leur vie sans jamais être atteints d'entéro-colite muco membraneuse. Celle-ci est donc une maladie diathésique, constitutionnelle, elle réalise un vrai stigmate du neuro-arthritisme. Les cas sont peu fréquents dans lesquels à l'élément diathésique s'ajoute un élément infectieux, à l'origine de cette affection se trouve une entérite aiguë. Disons enfin que dans de rares observations la filiation des phénomènes indiquée plus haut semble se trouver en défaut ; la mise en jeu du sympathique abdominal n'est pas provoquée par l'atonie, mais les troubles nerveux paraissent être les premiers en date et avoir une influence directe sur la production de l'entéro-colite muco-membraneuse.

[1] De Langenhagen. *Loc. cit.*

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Certains pensent avec Lasègue que, quelle que soit la thérapeutique, dans l'immense majorité des cas, la maladie se prolonge indéfiniment et devient une humiliation pour le médecin et pour le malade une tristesse et un chagrin perpétuels. C'est être par trop pessimiste. Tout en reconnaissant qu'il faut de la part de médecins et clients beaucoup de persévérance et d'attention dans l'application d'un traitement, on ne saurait nier que, lorsque celui-ci est rationnel, il procure des améliorations notables, sinon de complètes guérisons.

Nous examinerons chez l'adulte et l'enfant les diverses indications qui peuvent se présenter et les moyens de les remplir.

I. **Traitement chez l'adulte.** — 1° Il faut tout d'abord songer à amener l'évacuation de l'intestin ; c'est là chose très importante si l'on réfléchit combien sont probablement grands, au point de vue pathogénique, les rôles de l'atonie intestinale et de la constipation. L'usage des laxatifs est un des meilleurs moyens dont nous disposons pour atteindre ce but, usage qui devra être quotidien et auquel les malades ne sauraient se soustraire sans que leur constipation première apparaisse à nouveau. Nous citerons ici les graines de

lin et les graines de psyllium plantago ; les unes et les autres, à la dose d'une grande cuillerée dans un verre d'eau froide, agissent assez bien et ne déterminent pas l'irritation de la muqueuse intestinale.

En cas d'échec de ces moyens, donner chaque matin à jeun une cuillerée à bouche ou de hautes doses d'huile d'olive, ou mieux une cuillerée à café d'huile de ricin. Cette dernière donne des résultats particulièrement bons. Chez les malades qui ne la supportent pas, chez ceux où elle n'agit plus, on peut essayer le soufre, la crème de tartre, la magnésie calcinée (une cuillerée avant chaque repas d'un mélange à parties égales de chacune de ces substances). Les mélanges soufre et magnésie ou soufre et miel amènent assez souvent les résultats désirés, de même la poudre de réglisse composée. La poudre laxative de Vichy prise avant le coucher, la rhubarbe (à la dose de 50 centigrammes) au début de chaque repas, ont nombre de succès à leur actif. Le cascara sagrada (10 centigrammes), le podophyllin (2 centigrammes), dont les effets irritants doivent être atténués par l'association de la belladone, l'evonymine (2 centigrammes), sont parfois très utiles ; mais tous ces médicaments occasionnent des coliques. Nous en dirons autant pour les follicules de séné, qu'on peut employer aussi (à la dose de 5 grammes). Le calomel, utilisable à petites doses (30 centigrammes) dans les formes chroniques, l'est aussi dans certaines formes fébriles, où il doit être administré dès que les selles deviennent diarrhéiques et sanguinolentes. Mais on ne saurait en user trop longtemps. Il est même préférable dans ces circonstances de donner tous les matins du sulfate de soude (10 grammes) ou une eau minérale purgative. Ce traitement sera suspendu sitôt que les matières stercorales tendront à la normale. A part ces cas, il faut en général éviter de prescrire le sulfate de soude, le sulfate de potasse, le sel de seignette, le sulfate

de magnésie, la plupart des eaux purgatives, etc..., en un mot tous les purgatifs salins dont l'effet est suivi d'une constipation opiniâtre. Même réserve doit être tenue à l'égard de l'aloès, qui congestionne la muqueuse rectale et exerce la plus fâcheuse influence sur les hémorrhoïdes qui accompagnent si souvent l'entéro-colite muco-membraneuse. Les divers purgatifs drastiques, jalap, scammonée, turbith végétal, coloquinte, bryone, élatérium, huile de croton, gommegutte, épurge, etc. ., provoquent une inflammation des parties inférieures du tube digestif. Leur emploi est par cela même contre-indiqué dans la maladie qui nous occupe.

Quelques personnes obtiennent chaque jour leur exonération intestinale, grâce à de petits lavements glycérinés, huileux, savonneux. Il est permis de croire avec Malibran que ces moyens émoussent la sensibilité de la muqueuse rectale et font ainsi disparaître le besoin de défécation, d'où exagération de l'atonie intestinale.

Les suppositoires, les cônes médicamenteux, utilisés quelquefois ne valent peut-être guère mieux que les petits lavements.

Quant au massage local, lorsqu'il est bien fait, il aide beaucoup à l'expulsion des matières alvines ; mais on ne doit l'employer qu'en l'absence des crises paroxystiques, des signes de l'entérite secondaire ou de la péritonite subaiguë.

L'électricité sous forme de courants continus d'intensité élevée, appliquée par voie percutanée au moyen de deux électrodes placées au niveau des fosses iliaques, peut, en dix ou douze jours, enrayer la constipation (Doumer). Quant au lavement électrique, il faut toujours l'essayer dans les cas d'obstruction intestinale due à des fausses membranes.

2° Dans les formes diarrhéiques il convient de modérer le flux des matières stercorales. Pour cela il faut ordonner le

lait; s'il est mal toléré, on use de la préparation suivante :

Chlorhydrate de morphine....	0,01 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,02 —
Eau de chaux.....	200 grammes.

(Dieulafoy.)

en prendre cinq cuillerées par jour (une par tasse de lait).

Il n'y a aucun inconvénient à associer la viande crue au régime lacté, même à la donner seule. On a aussi préconisé les purgatifs salins à petites doses (5 grammes de sulfate de soude tous les matins), le bismuth, la craie préparée, le talc pur (Debove), les opiacés, les astringents, le nitrate d'argent, l'ipéca à petites doses (Dieulafoy), etc...

3° On peut se proposer de décongestionner la muqueuse intestinale, Germain Sée donnait dans ce but sous forme pilulaire l'hydrastis canadensis combiné au séné. Mathieu pense que l'hamamelis virginica doit être employé dans ce but. Une à deux cuillerées à soupe d'ichthyol dans un litre d'eau en lavages procureraient, à ce point de vue, un bon résultat. On a conseillé encore le lavement suivant, à conserver autant que possible pendant 24 heures :

Salicylate de bismuth	ââ 10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	
Mucilage de pépins de coings..	500 —

(Révilliod).

4° Pour modifier la muqueuse on a recommandé le lavement d'un demi-litre d'eau additionné d'une cuillerée à café d'une solution d'acide picrique à 1 gramme pour 120 gr. d'eau. Le garder une demi-heure.

5° L'antisepsie du tube digestif sera plus facilement obte-

nue en assurant l'expulsion des matières qui y fermentent que par l'usage du naphtol, du bétol, du benzo-naphtol, de l'acide salicylique, du salol, du salicylate de soude, du phosphate de soude, du borax, de l'acide lactique, de la levure de bière, etc. Celle-ci donnerait pourtant d'assez bons effets.

6° L'entéroclyse est un moyen précieux de remplir à la fois plusieurs indications. Ces lavages en effet entraînent mécaniquement les matières fécales et les muco-membranes que contient l'intestin, restituent à la muqueuse ses fonctions d'absorption et de sécrétion en la débarrassant des enduits qui la tapissent, réveillent enfin par la température de l'eau l'élasticité et la contractilité des tuniques intestinales. Les douches ascendantes que l'on utilise dans certaines stations thermales n'agissent pas autrement. Ces lavages intestinaux, qui procurent de bons résultats dans les cas récents et d'intensité faible ou moyenne, devront être donnés avec prudence dans les formes plus graves, la forme typhoïde, à la fin de la colite dysentériforme.

On se sert pour les administrer soit d'une sonde œsophagienne, soit d'une canule en caoutchouc rouge souple d'une longueur de cinquante centimètres environ. On adaptera l'une ou l'autre au tuyau venant d'un bock irrigateur, d'une contenance de deux litres, que l'on placera à cinquante ou soixante centimètres au-dessus du malade couché sur le dos ou sur le côté droit. Il importe en effet de ne pas employer de trop fortes pressions qui provoqueraient des spasmes et de l'intolérance. Les entéroclyses seront pratiquées le matin, tous les jours, ou au moins tous les deux jours au début; plus tard on les espacera de plus en plus à mesure qu'elles feront de l'effet, cela afin que leur action ne s'émousse pas à la longue. Mais on ne devra jamais les cesser complètement, il faudra en continuer l'emploi au moins une fois par semaine.

La quantité de liquide à employer à chaque séance est de un litre au début, on arrivera peu à peu à deux litres et même au delà. La température du liquide peut osciller entre 38 et 48 degrés. Les entéroclyses agissent d'autant mieux que cette température est plus élevée, mais lorsqu'il y a spasmes, celle-ci ne devra pas dépasser 38 ou 40 degrés. On injecte généralement le liquide en deux fois consécutives; une première irrigation, la plus copieuse, étant faite, le malade en rejette immédiatement le liquide, il garde quelques minutes celui d'une seconde moins abondante, le côté gauche plus élevé que le côté droit, afin que le côlon transverse, le côlon ascendant et le cæcum soient irrigués comme le rectum, l'S iliaque et le côlon descendant.

L'action de ces lavages étant essentiellement mécanique, point n'est nécessaire de s'adresser pour les faire à des solutions plus ou moins compliquées, l'eau stérilisée ou une infusion de mauve et de guimauve suffisent. Il y aurait peut-être un léger avantage à employer de l'eau additionnée de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude, de salicylate de soude, de chlorate de soude, de tanin, etc.... l'eau de chaux. Les entéroclyses avec 0,30 centigrammes de nitrate d'argent par litre d'eau conviennent contre la colite dysentériforme rebelle. Les grands lavements d'huile pure (200 à 500 grammes d'huile d'olive à 37°) rendent de grands services, surtout lorsqu'il y a spasmes de l'intestin.

7° Une nouvelle indication, et pas des moins importantes, est de calmer les douleurs surtout dans les cas graves. Les lavages la remplissent indirectement en vidant l'intestin de son contenu irritant. Sous leur influence et sous celle des purgatifs doux, les crises paroxystiques s'amendent, le cours des matières arrêté par le spasme se rétablit. Mais nous avons à notre disposition d'autres moyens pour lutter contre les souffrances. Il faut, nous semble-t-il, dans cet ordre

d'idées accorder la première place au bleu de méthylène, sur lequel nous désirons appeler tout spécialement ici l'attention. Ce médicament, que l'on a employé contre une foule d'affections : douleurs rhumatismales, névrites, névralgies, douleurs fulgurantes du tabes, paludisme, diphtérie, épithéliomas, etc... a à son actif quelques succès, beaucoup d'insuccès. Malgré ce, notre maître M. le professeur Carrieu a pensé que ce médicament, à la fois analgésique et antiseptique, pourrait rendre, à cause justement de ces propriétés, des services dans le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Il l'a essayé contre cette affection pour la première fois en avril 1902 (observation II), ses prévisions se sont pleinement réalisées. Depuis lors, semblable tentative a été faite par le docteur Cechetelli d'Ancone avec un non moins bon résultat. On donne tous les jours une entéroclyse avec :

Bleu de méthylène.....	0,10 centigrammes
Eau bouillie.....	1000 grammes

(Carrieu).

On peut n'employer ce traitement qu'un jour et non l'autre et donner entre les deux un lavement de glycérine. On peut aussi faire prendre en même temps une dose quotidienne de 0,05 à 0,20 centigrammes de bleu de méthylène en pilules ou cachets de 0,05 centigrammes chaque. Les malades devront être prévenus que leur urine sera bleue pendant toute la durée de l'emploi de cette substance.

Les bains chauds, les compresses humides chaudes recouvertes de taffetas gommé et de flanelles (recommandées dans le cas de crises entéralgiques paroxystiques), les compresses de Priessnitz appliquées sur le ventre, luttent efficacement contre les douleurs. Les bains tièdes sont particulièrement

indiqués contre les crises à forme typhoïde. Les cataplasmes laudanisés sont efficaces pendant les crises douloureuses. A noter encore, quoiqu'elles soient difficiles à employer certaines fois à cause de la douleur que provoque le moindre attouchement, les frictions, les onctions *loco dolenti* avec la pommade mercurielle belladonée, l'huile de jusquiame, le salicylate de méthyle.

A l'intérieur, il est permis de donner l'antipyrine, les bromures alcalins, l'extrait gras de canabis indica, la belladone, la jusquiame, le menthol, etc... C'est surtout dans les crises douloureuses paroxystiques que la belladone est administrée avec fruit, soit par la bouche, soit en suppositoire. Quant à l'opium et à ses dérivés, il faut les éviter autant que possible ; ils augmentent la constipation. Tout au plus, en présence d'une douleur supportable, peut-on unir l'opium à la belladone en un suppositoire qui ne sera pas sans action analgésique. Mais parfois l'intensité des souffrances est telle qu'il faut, de toute nécessité, recourir aux injections de morphine. Soyons toutefois modéré dans l'emploi de ces dernières, car les malades auxquels nous les administrons ont presque tous, ne l'oublions pas, des antécédents très nets de nervosisme et pourraient fort bien devenir morphinomanes ;

8° Que faire contre les ptoses viscérales ? Le chirurgien pourra reconstituer avec avantage la paroi abdominale si elle est affaiblie. Le repos au lit fera cesser les douleurs dues au tiraillement des plexus nerveux abdominaux produit lui-même par l'entéroptose. Le port d'une sangle hypogastrique de Glenard ou, à son défaut, d'une ceinture de flanelle placée de façon à relever le ventre et non à l'aplatir, sera un palliatif, chez le malade levé, aux inconvénients de cette même entéroptose. Il faut remédier à la néphroptose par une ceinture ou mieux par une opération chirurgicale (néphropexie) ;

9° On devra diriger contre les troubles gastriques une thérapeutique différente suivant qu'il s'agit d'une dyspepsie asthénique ou d'une hyperchlorhydrie.

Dans le premier cas, l'hypochlorhydrie sera combattue par 0,50 centigrammes de bicarbonate de soude donnés une demi-heure avant les repas, ou par l'acide chlorhydrique administré à la fin de ceux-ci. Il est permis de donner aussi la pepsine, le condurango. A l'atonie, on pourra opposer, à moins d'intolérance, la préparation suivante :

Teinture de rhubarbe.....	6 grammes.
— de badiane.....	ââ 2 grammes.
— de noix vomique....	

(Potain).

dont on prendra XX gouttes avant de manger à midi et le soir, ou bien encore IV gouttes amères de Beaumé ou 0,002 milligrammes de strychnine pendant les repas.

Si l'hyperchlorhydrie est notable, employer les alcalins à haute dose ou à dose réfractée.

Disons ici qu'il faut être avare de médicaments contre les troubles gastriques. Ils disparaîtront fort probablement sous l'influence d'un régime alimentaire et d'évacuants bien choisis aidés par une hygiène générale rationnelle ;

10° Les hémorrhoïdes, si fréquentes chez ceux atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, seront traitées par la dilatation de l'anus ;

11° Que l'on considère les affections génitales de la femme comme causes ou effets ou qu'on ne regarde leur existence pendant l'évolution de la maladie intestinale que comme une simple coïncidence, il importe de les traiter par des moyens convenables. La section de brides cicatricielles, le massage utérin dans le cas d'adhérences, l'ablation d'un kyste de l'ovaire ou d'une tumeur fibreuse, la remise en place d'un

utérus prolabé, la correction d'une déviation, s'imposent dans certains cas. Quant à la vaginite, à la métrite, à l'annexite, à la périmétrite, si elles sont aiguës, il faudra s'adresser à la chirurgie gynécologique pour les attaquer. Le plus souvent, elles sont chroniques, leur guérison sera alors obtenue par les pansements utérins, les tamponnements glycéro-ichthyolés, les dilatations, les curettages. Mais c'est aux grandes injections vaginales chaudes prises à petite vitesse et sans pression, qu'il est surtout nécessaire d'avoir recours, concurremment avec les lavements d'eau salée chaude abondants. On exercera ainsi une action des plus favorables sur les organes pelviens. Le massage utéro-annexiel, employé en même temps que le massage abdominal, complète le traitement à diriger contre ces affections chroniques.

12° Les troubles nerveux et les modifications de l'état général nous fournissent ordinairement des motifs d'agir.

L'utilité de l'hydrothérapie est ici hors de conteste (bains douches, enveloppements humides). Les bains sulfureux, les douches tièdes, seront réservés aux arthritiques et aux neuro-arthritiques avec prédominance du tempérament arthritique. La prépondérance chez ces derniers du tempérament nerveux réclame les douches froides. Les frictions sèches (au gant de crin) ou à l'alcool, le massage général, l'électrisation statique (bains statiques avec effluves, frictions électriques, décharges d'étincelles sur la paroi abdominale), les anti-spasmodiques, trouveront à être employés. Les désordres nerveux d'ordre neurasthénique seront attaqués par les moyens externes et non par les médicaments, qui ont sur eux une action très aléatoire.

Les sujets très anémiés, extrêmement faibles, supportent mal le fer, mais on peut leur donner à chaque repas une cuillerée à café dans de l'eau vineuse de la teinture composée suivante :

4. Arseniate de soude. . . 0.05 centigrammes
Teinture de kola. . . } ââ. 50 cent. cubes
de coca. . . }

(Grasset)

(au cas où le mélange des deux teintures précipite, ajouter acide citrique : 1 gramme).

A ces débilités le cacodylate de soude en injections hypodermiques (0.05 centigrammes), le méthyl-arsinate (0.05 centigrammes), la lécithine (0.10 centigrammes), etc... seront très utiles. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel relèvent admirablement les forces défaillantes.

Les malades garderont le repos après les repas, dans la journée ils feront un peu d'exercice, une petite promenade à pied par exemple ou même à bicyclette ; (l'usage modéré de cette dernière non seulement agit favorablement sur l'état général, mais même fortifierait les tissus abdominaux et ferait disparaître la constipation). La gymnastique peut aussi être permise, mais à condition que le malade n'en abusera pas. Bien entendu, tout cela ne s'applique qu'aux cas bénins ; dans les formes graves le repos doit être absolu, le séjour au lit même peut être indispensable (dans les crises douloureuses paroxystiques par exemple).

La tranquillité intellectuelle, la vie au grand air, le séjour à la montagne, ne sont pas des facteurs de guérison à dédaigner. A ces malades enfin, il faudra remonter le moral.

13° Il faut soutenir les forces des malades tout en évitant l'action fâcheuse que pourraient produire sur l'intestin des résidus alimentaires fermentescibles. Un régime diététique rigoureux sera donc établi avec grand soin, de plus on recommandera aux intéressés de manger lentement, de bien mâcher, et bien insaliver leurs mets, enfin de prendre toujours leurs repas à heure fixe.

Nous reproduisons ici une liste très complète des aliments à permettre et de ceux à interdire, dressée par Gaston Lyon [1].

Sont autorisés :

« Le lait, les potages au lait et aux pâtes; les bouillies à la farine lactée, à la farine d'orge ou d'avoine, etc.... Les œufs sous toutes les formes (œufs brouillés, œufs au lait, à la coque, sur le plat etc....) sauf les œufs durs.

Les viandes grillées ou roties de bœuf, d'agneau; les cervelles, le ris de veau ; certaines volailles (poulet, pigeon). Toutes les viandes seront très divisées, coupées menues ou hachées.

Les poissons à chair tendre (merlan, sole, brochet, bar, mulet, perche, truite, etc....)

Les légumes secs (pois, lentilles, haricots, pommes de terre), passés au tamis; les pommes de terre cuites sous la cendre.

Les salades cuites et légumes verts (chicorée, laitue, pissenlits, épinards, choux-fleurs, fonds d'artichauts etc....) écrasés, hachés ou passés au tamis, accommodés au jus ou au lait.

Les fruits cuits (cerises, abricots, poires, etc....), les compotes de fruits peu sucrées, les pommes cuites au four, les pêches, le raisin, les figues crues. Les fromages frais (fromages à la crème, Gervais); comme entremets les œufs à la neige, les crèmes renversées, les soufflés.

Le pain en petite quantité (100 à 200 grammes par jour), grillé ou rassis, le pain de seigle, les biscottes. Comme boissons, le vin très largement coupé d'eau ; la bière légère coupée d'eau d'Alet, de Contrexeville, d'Evian; l'eau de source, la meilleure des boissons pour cette catégorie de

[1] Gaston Lyon. *Loc. cit.*

malades. Les infusions chaudes (camomille, tilleul, menthe, feuille d'oranger) sont utiles à la fin des repas. »

Il faudra proscrire absolument :

« Le bouillon, les potages gras.

Les ragoûts, les viandes avec des sauces épicées, certaines viandes à chair compacte et coriace, certaines volailles (oie, pintade), le gibier de poil, les poissons gras (anguille, saumon, maquereau), les crustacés et les coquillages, la charcuterie (sauf le maigre de jambon).

Le chou, l'oseille, les asperges, les tomates, les salades et autres crudités (cornichons, concombres, olives, radis, etc....)

Les graisses, les pommes sautées, etc.....

Les patisseries, les sucreries.

Les vins mousseux ou acides, les liqueurs, le café. »

Si les troubles digestifs s'amendent, on peut revenir peu à peu à l'alimentation normale, mais les graisses et l'alcool ne devront jamais plus être permis.

On devra choisir parmi les aliments autorisés énumérés ci-dessus les plus nourrissants, pour les donner aux anorexiques et à ceux qui, par crainte des douleurs qui accompagnent la digestion, mangent le moins possible.

Lors des poussées aiguës fébriles, on permettra toutes les deux heures une tasse de lait bouilli et pas autre chose. Si le lait n'est pas supporté, on pourra lui substituer le képhir. Lorsqu'une amélioration sera survenue, on associera au lait 150 à 200 grammes de viande crue pulpée, des œufs peu cuits.

14°. — Le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse doit être complété si c'est possible par une cure thermale, mais avant d'envoyer un malade aux eaux minérales il faut s'assurer qu'il n'existe pas chez lui le moindre phénomène inflammatoire.

Plombières a une remarquable action sédative nerveuse; sous son influence le tempérament neuro-arthritique fondamental est nettement modifié. Le bénéfice acquis par un traitement dans cette station doit être maintenu par de nouvelles cures plusieurs années de suite.

Royat, Neris, agissent à la façon de Plombières.

Chatel Guyon lutte avec avantage contre la constipation. Vichy convient, surtout si on alterne ses cures avec celles de Plombières et de Chatel-Guyon, dans les cas où les phénomènes dyspeptiques et hépatiques prédominent.

Mêmes indications pour Pougues et Carlsbad.

Euzet-les-Bains, très sûr contre les manifestations de l'arthritisme, notamment contre les dyspepsies diathésiques, ne prévient ni les rechutes ni les récidives si fréquentes de l'entéro-colite muco-membraneuse, mais ses eaux ont vite fait d'amender les symptômes de cette maladie.

Luxeuil et Luchon peuvent aussi rendre des services incontestables.

15° Nous dirons enfin, pour être complet, qu'on a dans de rares cas dirigé un traitement chirurgical contre l'entéro-colite muco-membraneuse. C'est ainsi qu'on a établi un anus contre nature au-dessus d'un rétrécissement spasmodique, cause de la constipation, c'est ainsi qu'on a pratiqué l'entéro anastomose pour isoler une partie de l'intestin plus particulièrement atteinte, etc...

Traitement chez l'enfant. — Il faut lutter contre l'entérite aiguë qui, ainsi que nous l'avons déjà vu, ouvre si souvent la scène chez les tout jeunes. Dans cette phase initiale nous avons à remplir plusieurs indications.

1° Il importe tout d'abord de fournir le moins possible ou même pas du tout d'aliments aux fermentations intestinales. Donc, chez l'enfant au sein on espacera les tétées. Chez celui

au biberon, on ne permettra que le lait stérilisé ou même on instituera la diète hydrique (on pourra employer aussi l'infusion de tilleul ou de camomille). L'enfant sevré, lui aussi, sera nourri avec le lait seul. Si le lait n'est pas supporté, on a le choix entre les infusions de thé, la décoction d'orge avec un œuf battu, la décoction blanche de Sydenham conservée dans la glace, le bouillon de poulet dégraissé.

a) Il faut vider le tube digestif de son contenu devenu toxique : quelques centigrammes de calomel à dose fractionnée (0,02 centigrammes en trois paquets, un paquet d'heure en heure pour un enfant d'un ou deux ans) permettent d'obtenir ce résultat. On peut user des grands lavages (100 grammes d'eau additionnés de 2 grammes de borate de soude), mais au déclin de la maladie seulement; au début on risquerait de provoquer des souffrances.

b) Les douleurs seront calmées par des cataplasmes, des compresses chaudes, des bains tièdes à 35° d'une durée de 10 minutes. De petits lavements d'eau à 40°, à laquelle on ajoutera II gouttes de laudanum lutteront efficacement contre le ténesme.

c) Si la fièvre dépasse 39°, on donnera des bains de 5 minutes à 30° d'abord, puis à 28°, enfin à 25°.

d) Pour relever l'état général rien ne vaut les injections de sérum, soit à petites doses (10 à 20 grammes), soit à hautes doses (100 à 150 grammes en deux fois). Le sérum, de même que les boissons et les bains chauds, conviennent s'il y a tendance au collapsus.

e) Au début de la convalescence, la composition des repas chez l'enfant sevré sera rigoureusement fixée. On ne permettra que les soupes au lait, le tapioca en bouillon, les panades, le lait stérilisé, les œufs peu cuits, les cervelles, le ris de veau, les poissons frais, les purées de légumes secs, les crèmes. Le vin sera probibé.

2° Lorsque la forme chronique de la maladie s'est installée chez l'enfant, que ce soit d'emblée ou plus fréquemment à la suite de la colite aiguë, la thérapeutique à employer diffèrera peu de celle dirigée contre les formes de l'adulte. On remplira les différentes indications par l'huile de ricin à petites doses ou à doses massives (10 à 20 grammes par jour), les lavements huileux (150 grammes), les grands lavages, l'acide chlorhydrique, etc...

Le régime consistera en potages maigres, panades légères, poissons maigres et bouillis, cervelles, ris de veau, œufs à la coque, purées de légumes, fruits cuits, crèmes.

Des cures à Plombières, Chatel-Guyon, etc... pourront être faites.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

Voici tout d'abord l'histoire d'un cas bénin :

Observation Première

(Personnelle)

Marie-Caroline J..., 35 ans, mariée, entre le 26 décembre 1902, à l'hôpital Saint-Eloi (salle Bichat), dans le service de M. le professeur Carrieu.

Antécédents héréditaires. — Rien d'important à signaler.

Antécédents personnels. — La malade a eu, il y a longtemps, une grossesse, la seule qui s'est terminée par une fausse couche, immédiatement après laquelle elle s'est levée. Une latéro-version droite de l'utérus s'est produite vers cette époque et n'a jamais été corrigée ; des pertes blanches sont survenues, pour disparaître après quelques jours. Depuis ce moment, celles-ci se montrent à nouveau de temps en temps. Les règles n'ont jamais été régulières, elles avancent en général et cessent quelquefois bientôt après leur début. Ajoutons que la patiente a toujours été très nerveuse.

Histoire de la maladie actuelle. — La constipation a ouvert la scène, il y a cinq ans environ. Il y a trois ans, l'intéressée

s'est aperçue pour la première fois que ses selles étaient mélangées de glaires, en même temps des douleurs de ventre peu vives se faisaient sentir par intervalles. Alors des vomissements ont fait leur apparition, mais ils ne se sont reproduits que pendant une semaine ; dans la bouche une éruption de boutons à peine perceptibles, accompagnée de picotements sur la langue, les gencives, etc..., de ptyalisme, est survenue, mais a été de courte durée. Au bout de trois mois, à part une légère constipation, il ne restait pour ainsi dire plus rien de cette première atteinte d'entéro colite muco-membraneuse, et la malade a pu se considérer guérie jusqu'à la fin octobre 1902, époque à laquelle le tableau symptomatique de la maladie réapparaît peu à peu et se complète : la constipation devient de plus en plus opiniâtre, elle dure facilement trois ou quatre jours si on ne prend soin de lutter contre elle par des purgatifs et lavements. Il arrive qu'elle fait place d'une façon toute spontanée et pour un temps à un flux de matières molles. Les excréments, verts certains jours, contiennent une quantité de plus en plus grande de substances analogues, les unes à du blanc d'œuf cru, les autres à des peaux. Les coliques qui surviennent dans le cours de cet état sont très supportables. Des nausées souvent suivies de vomissement obligent la patiente à se nourrir le moins possible, malgré la sensation de faim qu'elle éprouve. C'est deux mois après le début de cette récidive que nous voyons pour la première fois la malade à l'hôpital, où elle s'est décidée à entrer.

Etat actuel (27 décembre 1902). — La constipation existe toujours, mais n'est toutefois pas absolue. Les rares matières alvines expulsées sont constituées par des scybales mélangées de glaires. Elles ne contiennent pas trace de pseudo-membranes. Leur coloration est normale. Les dou-

leurs, assez légères, mais généralisées à tout l'abdomen, siègent surtout au niveau des fosses iliaques et transversalement au-dessus du nombril (sensation de barre douloureuse à cet endroit). Du ténesme anal se produit immédiatement après la défécation.

Tout de suite après les repas, baillements, congestion de la face, pesanteur épigastrique. Les vomissements sont quotidiens; la malade rend des glaires d'une désagréable saveur acide ; à l'exagération de l'appétit a fait suite une anorexie marquée. Il n'y a pas à ce moment de pertes blanches. Il existe du ténesme vésical avec envies fréquentes d'uriner. L'asthénie est grande. Céphalée localisée au front, douleurs le long du rachis surtout marquées entre les deux omoplates, et à la région sacrée (plaque sacrée), douleurs à la plante des pieds, arthralgies diverses. Les cauchemars sont fréquents. La patiente, déprimée et triste, songe sans cesse à son état.

Examen.— Teint pâle, amaigrissement assez prononcé, langue blanche.

A l'inspection, la paroi abdominale paraît flasque. En la déprimant, on arrive sans trop de peine à sentir les battements de l'aorte. L'exploration des côlons ascendant et descendant donne nettement «la sensation de l'intestin chiffon»; si on enfonce successivement de dedans en dehors la pulpe des doigts dans la partie droite de la région ombilicale et dans le flanc droit, on perçoit à un moment donné le cæcum dilaté (le boudin cæcal). La recherche du côlon transverse permet de s'apercevoir qu'il est abaissé et présente la rigidité d'une corde (corde colique). Les investigations portant sur la région iliaque gauche ne donnent rien, elles ne font que déterminer de la douleur, comme d'ailleurs toute pression exercée sur un point quelconque du gros intestin,

L'intestin grêle paraît relâché au voisinage de l'ombilic. L'estomac n'est ni dilaté ni abaissé. Aucune modification dans le volume ou la situation du foie. Rien du côté des reins, pas même nephroptose. Au cœur tout est normal, le pouls, bien frappé, bat à 80. L'appareil respiratoire est parfaitement sain. Du côté des organes génitaux, la déviation utérine persiste. Point douloureux à la pression au niveau de la région dorsale de la colonne vertébrale. Pas d'hyperthermie.

Traitement. — Contre la constipation on prescrit l'huile de ricin (une cuillerée à café tous les matins pendant quelques jours), la magnésie calcinée. Aux troubles gastriques, douloureux ou autres, on oppose le bromure de strontium, le bicarbonate de soude.

La malade quitte l'hôpital le 22 janvier 1903 sans avoir encore retiré grand bénéfice du traitement commencé, auquel elle n'a pas le courage de se soumettre jusqu'au bout.

L'observation qui suit est celle d'un cas un peu plus grave que le précédent et dans lequel les troubles intestinaux ont été nettement améliorés par des entéroclyses avec une solution de bleu de méthylène.

Observation II

(Inédite, résumée)

Due à l'obligeance de M. Pagès, interne des hôpitaux.

Marie L.... 57 ans, mariée, entre le 24 avril 1902 à l'hôpital St-Eloi (salle Bichat) dans le service de M. le professeur Carrieu.

Antécédents héréditaires. — Rien qui mérite d'être noté.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance et jusqu'à l'âge de 12 ans, croûtes dans les cheveux. Deux grossesses normales sans accidents du post partum. La malade a toujours été entachée de nervosisme.

Histoire de la maladie actuelle. — Elle a débuté, il y a sept ans, au moment de la ménopause par les symptômes habituels : constipation, muco-membranes dans les selles, douleurs abdominales, etc... Il y quatre ans et quatre mois, la patiente a dû se mettre au régime lacté, elle ne l'a plus abandonné depuis.

Etat actuel (25 avril 1902). — Constipation alternant parfois avec des débâcles de flux liquide. Scybales enrobées dans des matières glaireuses ou membraneuses. Il arrive que la malade expulse des muco-membranes sans mélange d'aucune sorte. Souffrances assez vives dans le ventre. Ni anorexie, ni vomissements, seulement pesanteur épigastrique après les repas. Asthénie, céphalée, insomnie et cauchemars. Préoccupations morales.

Examen. — Pâleur ; langue pâteuse, sèche.

Ventre flasque, mou, dépressible. Le palper provoque de la douleur au niveau de l'angle abaissé des côlons transverse et descendant, au niveau de l'S iliaque, qui est sentie pleine de matières stercorales.

Rien du côté de l'estomac et du foie. Le rein droit est ptosé, on le fait ballotter aisément dans l'abdomen. Les battements du cœur sont faibles, le premier bruit sourd. Rien du côté de l'appareil respiratoire, des organes génitaux ; température normale.

Traitement. — On lutte contre les phénomènes morbides qui siègent au niveau de l'intestin au moyen d'entéroclyses qu'on administre avec :

Bleu de méthylène.... 0,05 centigrammes.
Eau stérilisée..... 1 litre.

On en donne une tous les matins d'abord, plus tard une tous les deux jours seulement, que l'on fait alterner avec un lavement de glycérine.

Pour relever l'état général, on prescrit :

Acide phosphorique médicinal.. 10 grammes.
Phosphate de soude..... 20 —
Eau..... 300 —

une cuillerée à bouche deux fois par jour dans un peu d'eau.

On ne permet que le lait additionné de bicarbonate de soude pour tout aliment.

Lorsque la malade sort de l'hôpital, le 22 mai 1902, on constate chez elle un mieux notable. Elle y retourne au mois de novembre de la même année. Après un court séjour, pendant lequel de nouveaux lavages intestinaux lui sont faits avec la solution de bleu, elle s'en va avec ses symptômes atténués une seconde fois.

La description que nous allons donner est celle d'une entéro-colite muco-membraneuse surtout remarquable par le nombre et l'intensité des crises entéralgiques paroxystiques qu'elle a provoquées.

Observation III

(Personnelle)

Albert S..., 50 ans, mécanicien, entre le 6 novembre 1902 à l'hôpital Saint-Éloi (salle Bayle), dans le service de M. le professeur Carrieu.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Deux grippes, l'une il y a sept ans, l'autre il y a six ans.

Histoire de la maladie actuelle. — Le début de la maladie remonte à 1898, époque à laquelle la constipation apparaît bientôt accompagnée de malaises dans le ventre. L'intensité de ceux-ci n'est pas encore telle que le malade soit obligé de suspendre son travail (peu fatigant, il faut en convenir). Durant cette période initiale, il arrive que les symptômes intestinaux s'atténuent pendant deux ou trois mois, mais ils ne disparaissent jamais complètement. D'ailleurs, ces rémissions ne tardent pas à s'espacer de plus en plus en même temps que leur durée décroît ; elles finissent par se réduire à un ou deux jours de répit de loin en loin. Progressivement la consistance des selles et la difficulté à les chasser augmentent, elles contiennent des mucosités, ce que le malade ne constate qu'en 1900. Les douleurs deviennent plus vives, elles s'exaltent d'ordinaire une fois toutes les 24 heures, généralement dans l'après-midi, leur maximum est au-dessus de l'ombilic. C'est surtout dans les premiers jours de juillet 1902 que tous ces phénomènes acquièrent l'intensité qu'ils ont encore le 6 novembre 1902, date à laquelle S... se résout à entrer à l'hôpital de Montpellier, las des multiples traitements qu'il a suivis sans grands bénéfices et à propos desquels il n'a pu nous donner que de vagues renseignements.

État actuel, (7 novembre 1902). La constipation est grande mais pas absolue ; le patient arrive chaque jour, grâce à de violents efforts, à obtenir des selles composées de matières dures, ovillées, engluées dans des glaires (pas plus que nous d'ailleurs, il n'a jamais remarqué la présence de pseudo-membranes dans ses excréments.) Les souffrances, à peu près continues, s'accroissent en général chaque jour vers les

4 ou 5 heures, au point que le malade se tord sur son lit. Elles ne s'atténuent qu'après l'émission de matières alvines, au bout d'un temps variable (de une à douze heures et plus après leur début). Lorsqu'on demande au sujet de préciser leur siège, il indique le trajet du côlon transverse.

Les repas sont suivis de pesanteur épigastrique, pas d'appétit ; d'ailleurs S..... mange le moins possible, de crainte de provoquer une aggravation des phénomènes qui le tourmentent. Il éprouve une grande faiblesse, a des maux de tête fréquents, est abattu, triste, hypochondriaque.

Examen. — L'amaigrissement est prononcé, le teint jaunâtre, la langue saburrale.

En dehors des accès douloureux, la paroi abdominale ne présente rien d'anormal à l'inspection. Le cæcum et le côlon descendant, sensibles à la palpation, sont ectasiés. Le côlon transverse abaissé ainsi que ses angles est rigide, hyperesthésié au point que la moindre pression sur son trajet provoque des mouvements de défense des muscles de la paroi abdominale. Rien du côté des autres organes et appareils, température normale.

Pendant les crises entéralgiques paroxystiques, le tableau est véritablement dramatique. Le malade, étendu sur le dos, la tête renversée en arrière, le corps arqué en avant, les cuisses fléchies sur le tronc, paraît être en proie à des souffrances atroces. Il pousse des gémissements continus, son faciès est grimaçant, ses muscles abdominaux se contractent violemment par intervalles et se dessinent alors avec une grande netteté sous la peau du ventre privée de graisse. On entend des borborygmes. Il est presque superflu de dire que toute exploration est impossible dans le cours de ces accès, toujours apyrétiques, dont l'expulsion d'une selle marque la fin.

Traitement. — Le régime lacté absolu d'abord, mitigé plus tard, est la seule alimentation permise à S. . pendant la durée de tout son séjour à l'hopital. En même temps on cherche à agir favorablement sur l'état général par le phosphate de soude à petites doses.

La constipation est combattue successivement par les graines de lin et l'huile de ricin.

On essaie de réaliser l'antisepsie intestinale par la levure de bière.

Contre la douleur on emploie *intùs* tantôt la jusquiame, tantôt l'extrait gras de canabis indica, tantôt l'héroïne ou bien on place *loco dolenti* des cataplasmes à la farine de lin laudanisés, on fait des frictions avec un mélange d'huile de jusquiame et de salicylate de méthyle.

Les troubles gastriques amènent à prescrire le condurango, la pepsine.

Le malade quitte l'hôpital le 4 décembre 1902, bien que son état laisse encore beaucoup à désirer, mais il promet de se conformer à un traitement qu'on lui prescrit analogue à celui qu'il vient de suivre.

Nous avons été assez heureux pour revoir S..... le 9 janvier 1903. Tous les symptômes de son Entéro-colite muco-membraneuse se sont beaucoup amendés, ses crises notamment ont diminué de nombre et d'intensité. Tout en l'engageant à continuer la thérapeutique qui a amené de si heureux résultats, on lui ordonne des entéroclyses avec une solution de bleu de méthylène. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur l'efficacité de ces dernières.

N'ayant jamais pu suivre de malade atteint de lithiase intestinale, mais jugeant que notre travail serait incomplet s'il ne contenait l'histoire d'un cas de ce genre, nous résu-

mons ici une intéressante observation d'entérite muco-membraneuse avec sable de l'intestin, déjà publiée.

Observation IV

(Résumée)

MATHIEU et RICHAUD, *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 22 mai 1896. p. 476.

Mme X.... âgée de 28 ans, mariée.

Antécédents héréditaires. — Un frère neurasthénique hypochondriaque.

Antécédents personnels. — La malade, en 1885, a été soignée pour de la dilatation de l'estomac. Deux grossesses, la seconde marquée par des vomissements a été suivie d'une *phlegmatia alba dolens.*

Histoire de la maladie actuelle. — En décembre 1891, crise de douleurs abdominales siégeant vers l'hypochondre droit. Le diagnostic de lithiase biliaire et coliques hépatiques est porté quoiqu'il n'y ait pas d'ictère.

En 1892, série de crises semblables mais moins pénibles, pas davantage accompagnées de jaunisse. On s'aperçoit que les selles contiennent des glaires, des fausses membranes et une assez grande quantité de sable fin, jaunâtre.

En juin 1894, une première saison à Vichy paraît donner de bons résultats, une seconde faite en septembre la même année amène de la fatigue. Au mois de novembre, nouvelle crise douloureuse : le foie serait à ce moment sensiblement augmenté de volume, pas d'ictère, pas de matière colorante de la bile dans l'urine, qui renferme une notable quantité d'urates et de phosphates mais ne contient ni sucre, ni albumine. Cette crise dure une douzaine de jours. Nouveau

diagnostic de lithiase biliaire et de coliques hépatiques. Dans les selles, productions anormales déjà signalées.

Etat actuel (19 janvier 1895). — Mme X..... mange fort peu, non seulement parce qu'elle n'a pas appétit, mais aussi par crainte de provoquer les sensations de malaise qui suivent habituellement ses repas. Aussi a-t-elle maigri d'une trentaine de livres. Tout à fait au début de la digestion, elle éprouve de la pesanteur, du gonflement, du ballonnement, et trois ou quatre heures plus tard comme du tiraillement vers le creux épigastrique. Quelquefois il y a des sensations de crampes stomacales et, la nuit, de brûlures ; jamais de vomissements.

La constipation est habituelle ; les matières sont ordinairement constituées par des scybales dures, elles renferment presque toujours une quantité plus ou moins marquée de sable ; les glaires et les membranes blanchâtres sont plus ou moins abondantes. L'évacuation des concrétions muco-membraneuses caractérise, avec les douleurs dans le ventre (surtout marquées du côté du gros intestin) et dans les reins, les crises intestinales qui surviennent de temps en temps.

Insomnie, courbature au réveil, céphalée fréquente.

Examen. — Grosse tubérosité de l'estomac distendue, clapotage au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic. Cependant on acquiert la certitude qu'il n'y a pas de dilatation vraie de l'organe ; en effet, il ne contient pas de liquide le matin à jeun. L'analyse du suc gastrique prouve l'absence d'hyperchlorhydrie, l'existence de l'hypochlorhydrie sans acidité exagérée de la fermentation.

On constate la présence d'une corde colique que l'on suit sur toute son étendue, sauf au niveau des deux coudes, le côlon transverse ne paraît pas notablement abaissé. Le gros

intestin est senti plus contracté pendant les crises. L'analyse chimique du sable permet de reconnaître qu'il est bien d'origine intestinale.

Foie plutôt petit, on ne trouve pas la vésicule biliaire.

Pas de néphroptose.

Traitement. — Contre la constipation on emploie la belladone, l'huile de ricin à petites doses, les lavements d'huile. Les crises intestinales sont calmées par les applications chaudes, les grands lavages chauds du gros intestin, l'extrait de belladone, la codéine.

On cherche à donner une alimentation suffisante et peu irritante : lait, potages au lait, œufs, viande crue, viandes blanches bouillies, légumes en purée.

Peu à peu l'état général et l'état local s'améliorent, les crises gastriques et intestinales finissent par disparaître, et pendant une période de plusieurs mois la guérison paraît complète. Au commencement de l'année 1896, deux nouveaux accès surviennent : le premier ne diffère que légèrement des coliques hépatiques, le second a toutes les allures d'une crise d'entérite muco-membraneuse.

CHAPITRE XI

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire se tirent aisément les conclusions que voici :

I. — La symptomatologie presque tout entière de l'Entéro-colite muco-membraneuse est contenue en ces quelques mots : modifications dans le nombre et la consistance des selles (constipation, fausse diarrhée ou diarrhée vraie), présence de muco-membranes au milieu des matières alvines, douleurs abdominales, ptoses viscérales.

II. — A cet ensemble viennent se surajouter des troubles gastriques constants. La lithiase intestinale, l'appendicite, les affections génitales de la femme, les troubles nerveux, quoique n'étant pas observés avec une pareille fréquence (certains même de ces accidents sont très rares), sont assez importants pour mériter d'être cités ici, entre autres désordres qu'on peut constater chez les gens atteints de la maladie qui nous intéresse.

III. — Cette dernière évolue chez l'adulte suivant des types cliniques bien distincts : les uns, bénins, demandent pour la plupart à être recherchés avec soin, les autres,

graves, sont caractérisés par des crises intenses apyrétiques ou fébriles, jugées les unes et les autres par des débâcles. Les crises fébriles simulent soit la fièvre typhoïde, soit la dysenterie. Chez l'enfant, la maladie débute souvent par une entérite aiguë, rarement d'une façon toute insidieuse.

IV. — L'Entéro-colite muco-membraneuse est d'autant plus tenace que son début remonte à de plus longues années. Mais il est exceptionnel qu'elle entraîne la mort.

V. — L'examen macroscopique, *a fortiori* microscopique, des produits anormaux expulsés par l'anus dans le cours de cette affection permet de s'assurer de leur véritable nature. L'analyse chimique les montre composés de mucus et non de fibrine. La recherche minutieuse de tous les symptômes habituels ne peut pas laisser l'observateur fixer exclusivement son attention sur des troubles accessoires et méconnaître les désordres intestinaux plus importants, elle est en général suffisante pour l'empêcher de conclure à tort à l'existence d'un état pathologique autre que l'entéro-colite.

VI. — Celle-ci, très fréquente, atteint surtout les neuro-arthritiques. Il est probable que le neuro-arthritisme engendre l'atonie intestinale, qui crée à son tour des modifications dans la consistance des fèces, d'où irritation et hyperhémie de la muqueuse de l'intestin et apparition des symptômes ordinaires de l'entéro-colite muco-membraneuse. Vraisemblablement, cette dernière retentit sur le système nerveux général, établissant ainsi un cercle vicieux.

VII. — Un régime bien choisi, l'usage régulier des entéroclyses, les cures thermales répétées, constituent la base de la thérapeutique à employer aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant (chez ce dernier lorsque la phase aiguë qui

ouvre si souvent la scène a disparu sous l'influence de soins convenables). Les entéroclyses donnent les meilleurs résultats si elles sont faites avec une solution de bleu de méthylène.

L'ensemble de ce traitement répond à la majorité des indications, on dispose de nombreux moyens pour remplir celles qu'il laisse quelquefois subsister.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 mars 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 mars 1903
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1638. Fernel. — Pathol., lib. VI. Cap. IX. pag. 157. Traduction Paris par A. D. M. 1665. p. 441.

1704. Hoffmann. — Dissertatio di Bradypepsia.

1747. Van Swieten. — Commentaria in Hermanni Boerhaave aphorismos de cognoscendis et curandis morbis. Tomus secundus. Cap. Diarrhœa febrilis. pag. 338.

1761. Morgagni. — De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis. Tomus secundus. Liber III. De Morbis ventris. Epistola anatomo-medica XXXI. De alvi prafluviis igitur incruentis et cruentis. pag. 33

1819. Willerme. — Dictionnaire des sciences médicales, tom. XXXII. pag. 261.

1820. Powell. — On certain painful affections of the intestinal. In medical transaction of college of Physicians in London. tom. VI. pag. 106 et 155.

1825. Good. — Study of med. London.

1833. Billard. — Traité des maladies des enfants. 2e édition, pag. 339

1835. Copland. — A Dictionnary of pract. med. Vol, II. pag. 579.

1835 Christian. — Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires, tom. XXXVII. pag. 297.

1837. Valleix. — Compendium de médecine pratique tom. V. pag. 339.

1838. Valleix - Clinique des maladies des enfants. pag. 276.

1841. Gendrin. — Traité philosophique de médecine pratique. Tom. III pag. 22.

1843. Hayn. — Ueber die Bildung, haütiger Massen in Darmkanal. Hufeland's Journ., tom. II., pag. 87.

1844. Roche et Samson. — Nouveaux éléments de pathol. méd. chirurg. 4e édit. tom. I. pag. 511.
1845. Pigné. — Bulletin de la Société anatomique, p. 45.
1853. Rillet et Barthez. — Traité clin. et prat. des maladies des enfants, tom. I. pag. 676.
1854. Broca. — Bulletin de la Soc. anat., pag. 60.
1857. Potain. — Bulletin de la Soc. anat., pag. 163.
1857. Trousseau. — Leçons sur les dyspepsies. Union médicale 27 juin, pag. 314.
1860. Clemens. — Journal für Kinderkrankheiten, heft 1 et 2, et Gaz. hebdom., pag. 247.
1861. Laboulbene. — Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses pag. 99 et pag. 145 et 146.
1862. Barrier. — Traité pratique des maladies de l'enfance, tom. II. pag. 36, 3e édit.
1862. Grisolle. — Pathol, médicale, tom. II. pag. 727. 8e édit.
1862. Cruveilher. — Traité d'anat. pathol. générale tom. IV. pag. 451.
1863. Wannebroucq. — Note sur l'entérite pseudo-membraneuse Journal de médecine du Nord.
1863 Worms. — Bull. de la Société anatom., mars. p. 117
1863. Graves. — Clinique médicale, 2e édit., tom. II, pag. 326.
1864. Perroud. — Note sur les concrétions membraniformes des Intestins. Journ. de médecine de Lyon, pag. 166.
1864 Williams. — Chronic inflammation of the intestinal mucous membrane. Dublin, Journal of med. scienc. nov. pag. 459.
1867. Langlet. — Bull. soc. anat. janv., pag. 14.
1868. Guyot. — Bull. soc. méd. des hôpit., pag. 51.
1868. Laborde. — Bull. soc. anat. Févr. pag. 135.
1868. Merlan de Chaillé. — Note pour servir à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse. Union médicale du 18 juin, tom. I, pag. 909.
1868. Siredey. — Note pour servir à l'étude des concrétions membraniformes. Bull. soc. méd. des hôpitaux, 11 déc., pag. 66.
1869. De Courval. — Union médicale, 30 mars, n° 37, pag. 481.
1869. La Bret. — Ann. de dermatologie, tom. I, pag. 204.
1869. Björnström. — D'un infarctus intestinal extraordinaire. Anal. in Canstalt's Jarhesb. Bd. II, pag. 133.

1869. Klebs — Hand der pathol. anatom. 2e livre, pag. 241.
1871. Whitehead. — Mucous diseases. Brit. med. Journal Febr. 11 et 18.
1871. Da Costa. — Enteritis membranous. In the Americ. Journ. of med. sc. oct.
1873. Van Valzah. — Enterit. membr. In the Americ. Journ. of med sc. Juillet.
1873. Laboulbène. — Bull. de l'Acad. de méd. 18 novembre.
1874. Raynaud (Maurice). — Bull. soc. anat. 20 mars, pag. 250.
1874. Wannebroucq. — Congrès de Lille, pag. 694.
1874. Nonat. — Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris, 2e édit. 1894.
1875. Findley. — Enteritis membranous. Americ. Journ. of medic. sc. Janv.
1875. Lereboullet. — De quelques accidents dus à la constipation. Gazette hebdomadaire, nos 32 et 33.
1875. Laget. — Bulletin de la Société anatomique.
1875. Gourdon. — De l'entérite pseudo-membraneuse. Thèse, Paris.
1875. Poignard. — Des concrétions muco-membraniformes de l'intestin. Thèse, Paris.
1879. Huchard. — Note sur un cas de concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. France médicale, pag. 34.
1881. Sée (Germain). — Des dyspepsies gastro-intestinales, pag. 225.
1881. Goss. — A membrane like affection of the bowels. Boston Med. and surg. journal. Juin, pag. 507.
1882. Brandt. — New-York Med. Record.
1883. Izoard. — Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse. Thèse, Paris.
1883. Lancereaux. — Traité de l'herpétisme, pag. 137.
1883. Thévenot. — Union médicale, no 108.
1884. Boardmann. — Boston med. and surg. Journ.
1884. Döe. — Boston med. and surg. Journal.
1885. Glenard. — De l'entéroptose. Paris et Lyon médical. Mars-Mai.
1885. Boyd. — A case of croupous enteritis. Transact. of the Acad. of Med., in Ireland, pag. 308.

1887. Glénard. – Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose. Paris.

1887. Potain. — De la colite chronique. Semaine médicale, pag. 341.

1888. Mercier. — Colite chronique. Thèse Paris.

1888. Edwards. — Amer. Journ. of med. sciences.

1888. Litten. — Berlin. Klin. Wochens, nº 29, pag. 592.

1889. Lyon (Gaston). — Gazette des Hôpitaux. 11 mai, nº 54, pag. 493.

1889. Malibran. — L'atonie intestinale et ses complications.

1891. Glenard. — Bull. de l'Acad. de Médecine. 20 avril.

1892. Bottentuit. — Catarrhal enteritis. British med. journ. 16 avril.

1893. Sée. (Germain) — De l'entérite muco-membraneuse et de son traitement. Bull. méd., pag. 1167.

1893. Cohen. – Two cases of membranous enteritis. Med. News. 11 févr., pag. 156.

1893. Monod. — De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie. Ann. de la Polyclinique de Bordeaux. Mai.

1893. Rothmann. — Ueber enteritis membranacea. Berlin. Klin. Wochensch. 4 déc., pag. 1201.

1893. Ozenne. — De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines, Journ. de médecine de Paris. 31 décembre.

1894. Lyon (Gaston). — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.

1894. Mathieu (A.). — Traitement de l'entérite muco-membraneuse. Gazette des Hôpitaux. 27 octobre.

1894. Monteuuis. — Les déséquilibrés du ventre, l'entéroptose ou maladie de Glénard

1895. Mathieu (A.). — Thérapeutique des maladies de l'intestin.

1895. Soupault. — Article « Entérite muco-membraneuse » in Manuel de Médecine de Debove et Achard. Tom V, pag. 511.

1895. Letcheff. — De la colite muco-membraneuse chez les utérines. Thèse Paris.

1895. Butler. — Membranous enteritis ; its pathological character and treatment. New-York, med. journ. 28 déc, pag. 824.

1896. Mongour. — Entérite muco-membraneuse et lithiase intestinale. Sem. méd., pag. 85.

1896. Kilbourne. — Final history of a case of (so-called) membranous enteritis. Med. Record. 28 mars, pag. 459.

1896. Mathieu (A.) et Richaud (A.). — Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit, 22 mai.

1896. Oddo. — Sable intestinal. Bull. et mém. de la Société méd. des hôpit. 26 juin, pag. 539 et Semaine médicale. pag. 394.

1896. Fontet. — Lithiase intestinale. Thèse Bordeaux.

1896 à 1899. Dieulafoy. — Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu.

1897 Galliard. — Article «Colite mucino-membraneuse» in Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert. Tom. IV.

1897. Jones. — A case of muco-membranous enteritis with deposit of intestinal sand. Med. News. 23 janv., pag. 120.

1897. Mendelson. — Mucous colitis, a fonctionnal disease. Med. Record. 30 janv., pag. 145.

1897. Dieulafoy. — La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin. Bull. de l'Acad. de Méd. 9 mars et Semaine médicale, pag. 83.

1897. Reclus. — Bull. de l'Acad. de Méd. 16 mars et 13 avril.

1897. Siredey. — Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 30 mars.

1897. Potain. Bull. de l'Acad. de Méd. 6 avril.

1897. Benigni. — Caso di enterocolite muco-membranosa secundo il concetto di Mendelson. Gazz degli. Osped. 18 juillet, pag. 900.

1897. Panster (H.).— Ann of gynecol. and ped. Sept. pag. 926. Analyse in Presse Médicale. 17 nov., n° 95.

1897. Mathieu (A.).— Traitement de la Colite membraneuse. Bull. et Mém. de la Société de Thérapeutique.

1897. Morau (H.).— Colite membraneuse chez les utérines. Pathogénie basée sur les recherches anatomiques. France médicale. Paris.

1897. Calmels. — La colite chez les enfants. Thèse Paris, 16 décembre.

1897. Geoffroy. — Congrès de Moscou.

1898. De Langenhagen. — L'entéro-colite muco-membraneuse.

Symptômes, étiologie et traitement. Semaine médicale, janvier, n° 1, pag. 1.

1898. Bouissou (Jean). — De l'entéro-colite muco-membraneuse d'origine utérine. Etude anatomique, pathogénique et clinique. Thèse Montpellier.

1898. Reynes (Henry). — Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Marseille. In Presse médicale, 26 octobre.

1898. Guinon (L.). — Colite chez les enfants. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille. Octobre, pag. 573.

1898. Challan de Belleval. — Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille.

1899. Thiercelin. — Société de Biologie, 15 avril.

1899. Glénard. — Les ptoses viscérales, diagnostic et nosographie (entéroptose. hépatisme)

1900. Beurnier. — Journal des praticiens, 10 février.

1900. Lyon (Gaston). — L'entéro-colite muco-membraneuse, 15 février. Collect. Critzmann. L'œuvre médico-chirurgical.

1900. Ewald. — Congrès de Médecine de Paris.

1901. Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne. 13e édition. Tom. II ; pag. 486.

1901. De Langenhagen. — L'entéro-colite muco-membraneuse. Enquête sur certains points controversés de son histoire. Presse médicale. 11 mai. N° 38, pag. 219.

1901. De Langenhagen. — Entéro-colite muco-membraneuse.

1901. Doumer. — Traitement de la colite muco-membraneuse par les courants continus d'intensité élevée. La Belgique médicale. 30 mai. N° 22.

1901. Reynes Henry. — L'entéro-colite muco-membraneuse d'origine utéro-annexielle. Presse médicale. 19 juin. N° 49, pag. 285.

1901. Brocchi A. — A propos de la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse. Presse médicale. 28 août. N° 69, pag. 104.

1902. Boinet. — De la lithiase intestinale. Congrès de Toulouse, avril in Presse médicale, 12 avril. N° 30, pag. 354.

1902. Mazeran. — Traitement de la lithiase intestinale. Congrès de Toulouse, avril, in Presse médicale, 12 avril. N° 30, pag. 354.

1902. Bernard Félix.— Colite muco-membraneuse et appendicite. Journal des praticiens, 12 mai. N° 19, pag. 292.

1902. *Semaine médicale.* — 24 décembre. N° 52, pag. 428. Le bleu de méthylène dans le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Compte-rendu d'un essai thérapeutique fait par le docteur T. Cechetelli Ippoliti d'Ancone.

1902. Heraud. — Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse aux eaux de Luxeuil.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.